

Ana Isa Veiga Barros

Estudo da prevalência de perturbações depressivas  
nos pacientes da consulta externa  
do H.A.N. «Extensão Trindade»  
de 2004-2008

**Universidade Jean Piaget de Cabo Verde**

Campus Universitário da Cidade da Praia  
Caixa Postal 775, Palmarejo Grande  
Cidade da Praia, Santiago  
Cabo Verde

19.9.11



Ana Isa Veiga Barros

Estudo da prevalência de perturbações depressivas  
nos pacientes da consulta externa  
do H.A.N. «Extensão Trindade»  
de 2004-2008

**Universidade Jean Piaget de Cabo Verde**

Campus Universitário da Cidade da Praia  
Caixa Postal 775, Palmarejo Grande  
Cidade da Praia, Santiago  
Cabo Verde

19.9.11

Ana Isa Veiga Barros, autora da monografia intitulada Estudo da Prevalência de Perturbações Depressivas nos pacientes da consulta externa do H.A.N. «Extensão Trindade» de 2004-2008, declaro que salvo fontes devidamente citadas e referidas, o presente documento é fruto do meu trabalho pessoal, individual, e original.

Cidade da Praia, 30 de Setembro de 2009  
Ana Isa Veiga Barros

Memória Monográfica apresentada à Universidade Jean Piaget de Cabo Verde como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde.



## Sumário

Este trabalho de investigação tem como objectivo o estudo da prevalência das perturbações depressivas nos pacientes da consulta externa do H.A.N. – extensão Trindade, de 2004-2008.

A amostra do estudo é constituída por 1499 sujeitos, sendo 317 com perturbações afectivas (34.4 %) do sexo masculino e (65.6%) do sexo feminino).

A metodologia utilizada é do tipo prospectivo, em que o objectivo deste estudo é caracterizar um grupo: por sexo, idade, nível de escolaridade, profissão, etc., e neste sentido aproxima-se das pesquisas exploratórias visto que pode se dar uma fundamentação teórica, envolvendo pesquisas bibliográficas, com base nos livros, pesquisas de Internet, artigos científicos.

A análise de dados foi efectuada através do programa SPSS (Statistical package for the social science base 15.0 for Windows Evaluation (version, 2008)

Verificamos uma prevalência de perturbações afectivas de 21%, mais acentuada no sexo feminino (65.6%), com muitas perturbações comórbidas sobretudo relacionadas com o abuso de substâncias tóxicas. Essas comorbilidades têm maior expressão entre os sujeitos do sexo masculino. Verificamos ainda, uma tendência crescente de diagnóstico dessas perturbações ao longo dos cinco anos estudos. Entre as perturbações depressivas destaca-se o episódio depressivo com uma prevalência de 91.4%

# Agradecimentos

Primeiramente a Deus pela minha vida,

A minha família, em especial ao meu pai e a minha mãe pelo carinho, apoio incondicional e esforços que empreenderam para que eu pudesse terminar o curso.

A minha orientadora Mestre Edna Duarte Lopes pelas orientações, disponibilidade, compreensão e também pelo seu estímulo.

A minha tutora Dr<sup>a</sup>. Marirosa Corney pela disponibilidade.

A Direcção do H.A.N. - Trindade que nos facilitou o acesso aos arquivos dos pacientes.

Aos meus colegas do curso que partilharam comigo momentos de tristeza e alegria.

Ao pessoal da mediateca (Já e Kátia), pela paciência e compreensão.

A todos aqueles que contribuíram directa ou indirectamente para a realização deste trabalho, um muito obrigado.

## Dedicatória

Ao meus pais Domingos e Inês por estarem sempre perto, e por me terem ensinado o caminho da vida, e aos meus irmãos em especial ao meu irmão Francisco Paulo já falecido, a quem eu vou amar eternamente.

*O senhor é meu pastor nada me faltará  
(salmos23:1)*



## Conteúdo

<b>CAPÍTULO 1:</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 2:</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>14</b>
1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DA DEPRESSÃO .....	14
2	A DEPRESSÃO SEGUNDO O DSM-IV E A CID-10 .....	16
3	TEORIAS EXPLICATIVAS DA DEPRESSÃO .....	23
3.1	<i>A Abordagem Bioquímica da Depressão.....</i>	23
3.2	<i>A Teoria das Cognições Disfuncionais de Beck.....</i>	24
3.3	<i>A Teoria da Desesperança Aprendida de Seligman.....</i>	24
4	TERAPIA COGNITIVA DA DEPRESSÃO DE BECK .....	25
4.1	<i>Modelo cognitivo da depressão: .....</i>	27
5	CAUSAS DA DEPRESSÃO, SEGUNDO PEDRO AFONSO .....	33
5.1	<i>Factores genéticos.....</i>	33
5.2	<i>Factores biológicos.....</i>	34
5.3	<i>Factores psicossociais.....</i>	36
6	TIPOS DE ESTADOS DEPRESSIVOS SEGUNDO LYRA BASTOS.....	38
7	SONO E A DEPRESSÃO .....	39
8	DEPRESSÃO E DOENÇA FÍSICA .....	41
8.1	<i>Depressão primária e doença física .....</i>	42
8.2	<i>Depressão secundária e doença física.....</i>	42
8.3	<i>Depressão causada por doença física ou medicamentos:.....</i>	44
9	DEPRESSÃO NAS DIFERENTES FASES DA VIDA: .....	45
9.1	<i>Depressão na infância.....</i>	45
9.2	<i>Depressão na adolescência.....</i>	47
9.3	<i>Depressão nos adultos.....</i>	47
9.4	<i>Depressão nos idosos .....</i>	48
10	TRATAMENTO PARA A DEPRESSÃO: .....	49
10.1	<i>Tratamento biológico .....</i>	50
11	AS FASES DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO: .....	53
12	TRATAMENTOS DA DEPRESSÃO:.....	56
12.1	<i>Técnicas cognitivas utilizadas no tratamento da depressão, segundo Wilkinson, Moore e Moore</i> 59	
<b>CAPÍTULO 3:</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>60</b>
1	TIPO DE METODOLOGIA .....	60
2	SUJEITOS .....	60
3	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	61
4	PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO .....	61
5	DIFICULDADES ENCONTRADAS .....	61
<b>CAPÍTULO 4:</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>62</b>
1	DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS .....	62
1.1	<i>Características gerais da amostra.....</i>	62
2	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	64
3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	70
<b>CAPÍTULO 5:</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>75</b>	
<b>SITOGRAFIA .....</b>	<b>77</b>	

## Quadro

Quadro 1: Características gerais da amostra.....	63
Quadro 2: Prevalência das perturbações afectivas por sexo e ano de consulta .....	64
Quadro 3: Distribuição das perturbações afectivas por sexo.....	66
Quadro 4: Distribuição das perturbações comórbidas às perturbações afectivas por sexo .....	67
Quadro 5: Distribuição das perturbações afectivas por ano de consulta .....	68
Quadro 6: Distribuição das perturbações comórbidas às perturbações afectivas por ano de consulta.....	69

## Siglas:

OMS = Organização Mundial da Saúde

DSM-IV = Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

CID-10 = Classificação das Perturbações Mentais e do Comportamento

## Capítulo 1: Introdução

---

O trabalho que ora se apresenta consiste numa pesquisa científica realizada no âmbito da finalização da nossa licenciatura em Psicologia, realizada na Universidade Jean Piaget de Cabo-Verde.

Esta monografia tem como tema «Estudo da prevalência das perturbações depressivas nos pacientes das consultas externas de H.A.N. – Extensão Trindade de 2004 – 2008. Como ponto de partida para esta investigação tivemos como pergunta de partida: «Qual a prevalência dos pacientes com diagnóstico da depressão no H.A.N. – Extensão Trindade no ano 2004-2008»?

Para a operacionalização dessa problemática traçamos como objectivo estudar a prevalência das diferentes perturbações afectivas nos doentes do H.A.N. durante o ano 2004-2008.

A escolha do tema deve-se à necessidade de conhecer e reflectir sobre esta problemática e também porque cremos que como profissional da área seja necessário conhecer a prevalência dessas perturbações na população cabo-verdiana. Neste sentido, o nosso interesse na realização desse estudo encontra-se reforçado pelo facto de a depressão ser uma doença grave e incapacitante, podendo interferir em todos os aspectos do dia-a-dia da pessoa. Deste modo

de acordo com alguns estudos feitos podemos dizer que a depressão é uma perturbação que qualquer pessoa, de qualquer idade, raça ou sexo, pode adquirir e que, por vezes, pode levar ao suicídio.

Para melhor compreendermos o trabalho dividimo-lo em cinco capítulos: O primeiro capítulo é a introdução, o segundo capítulo aborda a evolução do conceito da depressão segundo vários autores. Neste mesmo capítulo abordamos as causas e formas de tratamento; o terceiro capítulo refere-se à metodologia utilizada, tipo e características da amostra, os procedimentos da pesquisa, dificuldades; o quarto capítulo apresenta a análise dos dados recolhidos; e, por último, no quinto capítulo apresentamos as conclusões do estudo.

## Capítulo 2: Fundamentação Teórica

---

### 1 Evolução histórica do conceito da depressão

Interessa-nos conhecer como evolui o conceito da depressão, porque indo de encontro com a posição de Hipócrates no século v a.C. (apud Widlöcher, p.18), criou o termo melancolia, que significava «bílis negra», e que de acordo com Hipócrates, um excesso de «bílis negra», invadindo o sangue agiria sobre o corpo e a alma do doente para criar um estado caracterizado pela tristeza e pelo abatimento.

A perturbação depressiva é assim identificada e, deste modo, conservamos o vocabulário de Hipócrates quando falamos de «humor negro» para definir a tristeza.

No entanto, a explicação da melancolia, inscreve-se num sistema muito geral que permite classificar o conjunto das doenças em função das perturbações dos humores. Estas perturbações são em número limitado em relação à diversidade das doenças. Deste modo temos então que admitir que a mesma perturbação se exprime de várias formas.

Segundo as palavras de Hipócrates (idem, ibidem), «... *A maior parte das vezes os melancólicos tornam-se também epiléticos e os epiléticos, melancólicos. Uma perturbação*

*ou outra aparece conforme o local onde a doença ataca: se atinge o corpo, estamos em presença de epiléticos e se atinge o espírito de melancólicos ...»*

Na perspectiva deste mesmo autor (idem, ibidem), referiu que esta representação da doença era puramente organogenética, ou seja, vemos a alma aqui estreitamente dependente do corpo. Assim os sintomas «psíquicos», são descritos como perturbações do funcionamento da alma à viciação dos humores, no entanto existe entre os dois uma dependência recíproca e as paixões da alma influenciam o estado dos humores.

Deste modo, o sistema Hipocrático, oferece-nos um quadro no qual o conjunto da patologia encontra assim o seu lugar, mas a descrição das doenças permanece vaga, pois constituem apenas sinais para identificar e entender o equilíbrio dos humores. Contudo é desta primeira descrição que nasce a clínica da depressão.

Segundo Areteu de Capadócia no século II d.C. ( citado por wildlöcher , 2001 ), descreveu esse mal com: «... *Uma afecção sem febre, na qual o espírito triste fica sempre fixado numa ideia e a ela se agarra obstinadamente. Parece-me ser um início ou uma espécie de semimania. A diferença entre as duas é que a mania, o espírito se entrega umas vezes á tristeza, outras á alegria, enquanto na melancolia o espírito continua sempre triste e abatido ...»*, ou seja, em poucas linhas diz o essencial, que a depressão caracteriza-se pela tristeza e abatimento. Ela opõe-se à mania, mas as duas afecções podem suceder-se e por detrás da excitação eufórica da mania, podem encontra-se alguns elementos da tristeza.

Galeno no século XVIII. (citado por Widlöcher, 2001), considera que «...*A melancolia é uma doença do espírito sem febre, com tristeza profunda e distanciamento face às coisas mais queridas, é uma aflição desmedida...*», Galeno sublinha ainda que a bÍlis negra que age sobre o cérebro, facto curioso que existiriam comidas que seriam fonte de tristeza e de temor e para tratar os doentes era necessário fazê-lo comer “ alimentos alegres, claros, jovens, delicados e ricos em humanidade caridosa “.

Segundo wolpert (2000, p.30), A depressão foi designada de uma perturbação mental e caracterizada por um estado emocional deprimido que surgiu durante o século XIX. Em 1860, apareceu nos dicionários médicos como «estado de espírito abatido das pessoas que sofrem de doença», deste modo os médicos preferiram este termo, ao de melancolia, porque evocava a possibilidade de uma explicação fisiológica e, possuía um sonoridade mais científica.

Na perspectiva deste mesmo autor (idem, p, 31), em princípios do século XX, Emil Kraepelin exerceu uma grande influência nas ideias sobre depressão com o seu famoso manual de psiquiatria clínica, que incluía as actualmente chamadas, depressão maníaca e depressão sem mania, que ainda hoje persiste a distinção importante e bem aceite entre depressões unipolares, incluindo a depressão ligeira, e grave entre bipolares, associadas a períodos de mania.

## 2 A depressão segundo o DSM-IV e a CID-10

O conceito da depressão, por ser instrumental no nosso trabalho requer breves exposições ou seja breves definições. Segundo DSM-IV (2002), as perturbações do humor dividem-se em perturbações depressivas (depressão unipolar), perturbações bipolares e em duas (2) perturbações baseadas na etiologia – perturbações do humor secundárias a um estado físico geral e perturbações do humor induzida por substância.

No entanto, o DSM-IV. (2002), considera um grupo bastante vasto de desordens depressivas, como por exemplo, perturbação depressiva maior, perturbação distímica, perturbação depressiva sem outra especificação, perturbação bipolar I, perturbação bipolar II, perturbação ciclotímica, perturbação bipolar sem outra especificação, perturbação do humor devido a um estado físico geral, perturbação do humor induzida por substâncias, perturbação do humor sem outra especificação.



**A Perturbação Depressiva Major** caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos major, isto é, pelo menos 2 semanas de humor depressivo ou perda de interesse, acompanhado pelo menos 4 sintomas adicionais de depressão.

**A Perturbação Distímica** caracteriza-se por pelo menos dois anos de humor depressivo durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que preenchem os critérios para episódio depressivo major.

**A Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação** é incluída para codificar as perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios para a perturbação depressiva major, perturbação distímica, perturbação da adaptação com humor depressivo ou perturbação da adaptação mista com humor depressivo e ansiedade ou sintomas depressivos acerca dos quais existe informação inadequada ou contraditória.

**A Perturbação Bipolar I** é caracterizada pela presença de um ou mais episódios maníacos ou mistos, habitualmente acompanhados por episódios depressivos major.

**A Perturbação Bipolar II** é caracterizada pela presença de um ou mais episódios depressivos acompanhados pelo menos por um episódio hipomaniaco.

**A Perturbação Ciclotímica** é caracterizada por pelo menos dois anos com numerosos períodos de sintomas hipomaniacos que não preenchem os critérios para episódios maníacos e numerosos períodos de sintomas depressivos que não preenchem os critérios para episódio depressivo major.

**A Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação** é incluída para codificar as perturbações com características bipolares que não preenchem os critérios para nenhuma das perturbações bipolares específicas definidas nesta secção ou sintomas bipolares acerca dos quais existe informação inadequada ou contraditória.

**A Perturbação do Humor Secundária a um Estado Físico Geral** é caracterizada por uma perturbação do humor proeminente e persistente, que é considerada consequência fisiológica directa de um estado físico geral.

**A Perturbação do Humor Induzida por Substância** é caracterizada por uma perturbação do humor, proeminente e persistente que é considerada consequência fisiológica directa de uma droga de abuso, de uma medicação ou outro tratamento somático da depressão ou a tóxicos.

**A Perturbação do Humor Sem Outra Especificação** é incluída para codificar as perturbações com sintomas do humor que não preenchem os critérios de nenhuma perturbação do humor específica a nas quais é difícil escolher entre perturbação depressiva sem outra especificação e perturbação bipolar sem outra especificação, (por exemplo, agitação aguda).

**A perturbação depressiva recorrente é caracterizada** por episódios repetidos de depressão, como descrito em episódio depressivo, sem qualquer história de episódios independentes de elevação do humor e aumento da energia (mania). Pode haver contudo episódios breves de elevação do humor e hiperactividade leves (hipomania) imediatamente após um episódio depressivo, as vezes precipitado por tratamento antidepressivo.

**A perturbação depressiva recorrente (episódio actual moderado)** é caracterizada por episódios repetidos de depressão sendo o episódio actual de gravidade moderada sem qualquer história de mania.

**As perturbações persistentes do humor (afectivos)** é usualmente flutuantes nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para serem descritos como hipomaniacos ou como episódios depressivos leves. Uma vez que eles duram por muitos anos e as vezes pela maior parte da vida adulta do paciente e eles envolvem considerável angústia e incapacidade. Em algumas circunstâncias, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou únicos podem se sobrepôr a um transtorno afectivo persistente.

**CrITÉRIOS de um episódio depressivo segundo DSM-IV:**

- Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- Diminuição clara do interesse ou prazer em todas ou quase todas as actividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (por exemplo , uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês) ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
- Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável, por outros e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento);
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante quase todos os dias), não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente;
- Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou quase todos os dias (ou pelo relato, ou pela observação de outros);
- Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio;

Segundo Wilkinson, Moore e Moore (2003: p, 21), o conceito da depressão, refere-se a um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza. Trata-se de uma perturbação do humor de gravidade e duração variáveis, e que é frequentemente acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica.

Wilkinson, Moore e Moore. (2003: p, 21), ainda na mesma linha, afirma que a doença depressiva é frequentemente reconhecida pelo indivíduo ou pelos familiares e amigos próximos, quando os sintomas pioram ou persistirem durante muito tempo. A doença depressiva fica estabelecida quando se manifestam alguns dos sintomas como por exemplo: humor triste persistente, perturbação do sono, perda de interesse ou prazer pelas actividades habituais, diminuição da energia e fadiga, perda de apetite ou peso, diminuição da eficiência, auto-recriminação e, culpa, incapacidade para se concentrar e tomar decisões, postura e gestos característicos, diminuição do desejo sexual.

Deste modo na depressão grave as características acima referidas estão presentes com maior intensidade e podem ser acompanhadas por: ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio, recusa a alimentação, ideias delirantes ou alucinações.

Segundo Sireling et al 1985 (apud Wilkinson, Moore e Moore 2003:p,22), verificaram que o reconhecimento da depressão em clínica geral dá-se 12 semanas depois de uma consulta. Os doentes com depressão não reconhecida tinham valores significativamente mais elevados em humor depressivo, perda de energia e irritabilidade. Todavia, Dowrick e Buchan (1995), demonstraram que o reconhecimento da depressão pouco alterava os resultado quando se consideravam todos os casos, ou seja a identificação diagnóstica de depressão não tinha efeitos nos resultados seis e 12 meses mais tarde, porque os clínicos gerais / médicos de família tendem a não actuar de acordo com a informação, ou seja por outras palavras identificam mais não o tratam. Os autores concluíram que o diagnostico da depressão feito por um clínico geral, não passava de um marcador de gravidade, e que parte da depressão existente na comunidade se encontrava fora do alcance de qualquer intervenção médica.

Na perspectiva de Wilkinson, Moore e Moore. (idem, ibidem), o diagnóstico de depressão efectua-se com base no tipo, duração, e persistência e também no número dos sintomas característicos presentes. Deste modo é provável que o humor depressivo seja patológico se, a sua extensão, duração e gravidade excederem aquilo que se poderia considerar normal nas circunstâncias, ou se as causas parecerem insuficientes para o grau da perturbação.

Segundo o mesmo autor (idem, p.28), a evolução da doença depressiva pode classificar-se em três grupos: aqueles que apresentam sintomas em reposta a um acontecimento de vida, e cuja depressão diminui de intensidade rapidamente e muitas vezes de forma espontânea; os indivíduos depressivos cuja depressão tem maior duração e ocorre frequentemente; e os indivíduos cronicamente depressivos, ou seja podem considerar que tem uma personalidade depressiva.

Para o mesmo autor (idem, ibidem), a depressão por atingir pessoas de todas as idades, e as formas graves começam por volta de 30-40 anos. A principio o aparecimento da doença depressiva é repentina, deste modo os sintomas podem desenvolver-se no espaço de uma a duas semanas, embora seja mais habitual esse desenvolvimento ser duas a três vezes mais lento.

Portanto, para este autor (idem, ibidem), os sintomas mais comuns, são o humor depressivo, ansiedade e a perda de apetite; a falta de energia, a fadiga e ideação suicida segue-se dentro de pouco tempo. Três a cinco meses mais tarde, o doente tende a procurar ajuda médica, porque já não consegue adaptar a estas alterações. Portanto por esta altura, a doença já é muitas vezes grave, estando claramente presentes os humor profundamente depressivo, pensamento de culpa e ideação suicida. Se a doença depressiva se instalar, tenderá a durar vários meses, ou mesmo anos, caso não seja tratada.

Segundo Bastos (1997, pag.140), a depressão refere-se a um estado de esvaziamento afectivo ou seja da perda da energia vital, do entusiasmo, da motivação, da disposição de viver. Deste modo, o luto normal, a tristeza pela perda, o desânimo circunstancial pelas frustrações, não

devem ser incluídas nesta categoria, e muito menos medicados com antidepressivos ou estimulantes.

Segundo Palma (2000, p, 57), a depressão é das doenças psiquiátricas mais frequentes, e pensa-se que um em cada quatro (4) mulheres e um em cada dez (10) homens podem vir a ter crises depressivas durante a juventude até à terceira idade.

Para o mesmo autor (idem, ibidem), o diagnóstico passa muitas vezes distraído quer por falta de conhecimento da pessoa, quer porque os seus sintomas são atribuídas as outras causas. Deste modo, agora já existem meios terapêuticos adequados para o tratamento da depressão, e que compensam os sintomas durante a crise e podem ajudar a evitar recaídas, na maioria dos doentes.

Ainda na mesma linha (idem, ibidem), e indo de encontro com este mesmo autor, há diferentes formas e graus de gravidade da depressão. Em caso de graves, os sintomas podem surgir sem relação aparente com os acontecimentos traumáticos de vida, sob a forma de crises que persistem por vários meses, em outros casos a intensidade é menos, os doentes vão conseguindo trabalhar, mas permanecem com a sensação de fadiga, tristeza, desinteresse e tensão que se prolongam durante anos com um grande desgaste.

Segundo OMS (apud palma, p, 49), a depressão vai ser a segunda causa de incapacidade global, nomeadamente para o trabalho, apenas superada pelas doenças cardíacas. Deste modo estima-se que esta patologia afecta 340 milhões de pessoas, embora os especialistas afirmem que 66% das perturbações depressivas estão sendo sub diagnosticadas.

Margarilho Carrilho (citado por Palma, p.49), na mesma linha, afirma que a “depressão causa nas pessoas uma desmotivação e uma baixa auto estima, factores que concorrem para uma diminuição laboral.”

Na perspectiva de Robert Hirschfeld (apud Palma, p.50), há limitações associadas a depressão, e por vezes são desvalorizadas em relação a outras doenças crónicas. No entanto, há investigações recentes que demonstram que apenas as patologias cardíacas causam mais incapacidade do que os estados depressivos.

### 3 Teorias Explicativas da Depressão

#### 3.1 A Abordagem Bioquímica da Depressão

Assenta no pressuposto de que existe um problema qualquer relacionado com as monoaminas, especialmente a norepinefrina e a serotonina, mas este problema terá a ver com um défice na actividade destes neurotransmissores.

Segundo Stahl 2001 (apud Pires, 2003), as razões para este défice de actividades poderão ser várias, constituindo as quatro hipóteses biológicas mais relevantes quanto à depressão.

Ainda para Pires (idem, ibidem), uma das hipóteses mais antiga é a hipótese monoaminérgica, que é a mais divulgada e usada com base científica por parte da propaganda farmacêutica. Contudo, nela há uma disposta existência de uma deficiência dos neurotransmissores monoaminérgicos, particularmente na norepinefrina e serotonina, resultante de determinados processos patológicos como, doença, drogas, e stress, deste forma provocando a diminuição igualmente patológica daquelas aminas, e aí resultam os sintomas depressivos.

Na perspectiva do mesmo autor (idem, ibidem), esta hipótese tem origem em alguns dos efeitos provocados por uma categoria de fármacos chamados IMO (inibidores da monoamina oxidase), em que nos anos 60 se utilizava no tratamento da tuberculose. Na medida em que esta droga inibia a MAO que é (uma enzima responsável pela destruição de neurotransmissores), como a norepinefrina e serotonina e isto logicamente se conclui que tendo a inibição da MAO por resultado um aumento daquelas aminas, então é porque na depressão haverá uma situação inversa.

Ainda para este autor (idem, ibidem), as pessoas deprimem porque nos seus cérebros existe norepinefrina ou serotonina a menos. Porém teríamos então uma síndrome de deficiência de norepinefrina ou uma síndrome de deficiência de serotonina. Estas síndromes constituiriam, por assim dizer, a «doença» depressiva para qual existiria tratamento indicado justamente as drogas capazes de aumentar a quantidade de aminas biogénicas.

### 3.2 A Teoria das Cognições Disfuncionais de Beck

Defende que as pessoas se sentem deprimidas porque o seu pensamento está enviesado na direcção de interpretações negativas.

Segundo esta mesma teoria (apud pires 2003), existem três níveis de cognições, e todos eles com carácter negativo. A primeira a tríade cognitiva (que constituiu uma visão pessimista de si, do mundo e do futuro), os esquemas ou crenças negativas, que são desencadeadas pelos acontecimentos como por exemplo «tenho de ser perfeito» e as distorções cognitivas como por exemplo, inferência arbitrária, ou seja uma conclusão tirada na ausência de evidência suficiente ou mesmo de qualquer evidência.

Ainda para a mesma teoria (apud Pires, 2003), as pessoas que mais tarde deprimem, são aquelas que já adquiriram esquemas negativos na infância e na adolescência, através da perda dos pais, ou também de uma sucessão de tragédias, da rejeição social dos colegas, das censuras dos professores, ou até da atitude depressiva de um dos pais ou pessoa significativa.

### 3.3 A Teoria da Desesperança Aprendida de Seligman

Afirma que a passividade e o sentimento de incapacidade para conduzir e controlar a vida é adquirida através de experiências e traumas desagradáveis que a pessoa tenta sem sucesso controlar, e que é isto que conduz a pessoa à depressão.

Segundo a mesma teoria (apud Pires, 2003), considera que a depressão resulta do desenvolvimento de um estado de desesperança, a expectativa segundo a qual acontecimentos positivos nunca irão ocorrer, ou que os acontecimentos negativos continuarão a ocorrer sem



que a pessoa disponha de meios para lhes enfrentar ou fazer face. Geralmente a pessoa acredita que os acontecimentos desagradáveis sendo da sua responsabilidade, resultam igualmente da falta de inteligência, de incompetência ou de outras características pessoais estáveis e globais, ou seja, que não mudam e são gerais o que aumenta a seriedade da sua natureza.

### **Condições psicológicas consideradas por Seligman para a ocorrência da depressão:**

- A pessoa espera que circunstâncias altamente negativas vão acontecer de certeza;
- Considera não ser capaz de impedir a ocorrência desses acontecimentos;
- A pessoa tem um estilo atribucional disfuncional, que consiste em atribuir a ocorrência desses acontecimentos a características suas, como por exemplo: «este fracasso aconteceu por eu não ter inteligência para o evitar».
- Quanto maior a certeza de que irão dar-se aqueles acontecimentos negativos, maiores os défices (memória, raciocínio) e maior a falta de motivação para lhes fazer face ;

## **4 Terapia cognitiva da depressão de Beck**

Segundo Beck (1979: p.17), a terapia cognitiva é uma abordagem activa, directiva, estruturada e de prazo limitado usado no tratamento de diversos distúrbios psiquiátricos, (exemplo: depressão, ansiedade, fobias, queixas, ligada a dores) “somatizações de perturbações psíquicas”.

Do ponto de vista do mesmo autor (idem, ibidem), a terapia cognitiva assenta numa base lógica da teoria subjacente, segundo a qual o afecto e o comportamento de um indivíduo são amplamente determinados pelo modo como ele estrutura o mundo. As suas cognições (eventos verbais ou pictóricos em seu sistema consciente), baseiam-se em atitudes ou suposições (esquemas) desenvolvidas a partir de experiências prévias por exemplo, se uma

pessoa interpreta todas as suas experiências em termos de ser competente ou capaz, seu pensamento pode estar determinado pelo esquema “ A menos que eu faça tudo com perfeição, sou um fracasso”.

Podemos mencionar algumas influências filosóficas da terapia cognitiva, segundo Beck (idem, p.22), podem ser encontrados nos filósofos estoicistas especialmente por Zenão de Cítio no (século IV a.C.), “os homens não são perturbados pelas coisas, mas pelas visões que têm delas”; assim como o estoicismo, filosofias orientais como taoismo e budismo enfatizaram que as emoções humanas se baseiam em ideias. Freud (1900/ 1953), inicialmente introduziu o conceito de que os sintomas e efeitos se baseiam em ideias inconscientes.

A psicologia individual de Alfred Adler enfatizava a importância de compreender o paciente dentro do quadro de suas próprias experiências conscientes. Para Adler, a terapia consistia em tentar deslindar a forma como uma pessoa percebia e vivenciava o mundo.

Segundo o mesmo autor (idem, p. 18), as técnicas terapêuticas específicas são aplicadas dentro do modelo cognitivista da psicopatologia. Deste modo, as técnicas terapêuticas destinam-se a identificar, testar no real e corrigir conceitos distorcidos e as crenças disfuncionais (esquemas) subjacentes a essas cognições. Nesse sentido o paciente aprende a dominar problemas e situações anteriormente consideradas insuperáveis através da reavaliação e correcção de seus pensamentos.

Na perspectiva deste mesmo autor (idem, ibidem), há uma diversidade de técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas na terapia cognitiva. Essas técnicas tem como objectivo, delinear e testar de uma forma específica as falsas concepções e suposições inadaptativas do paciente.

Desta forma, o mesmo autor (idem, ibidem), a terapia cognitiva consiste em experiências de aprendizagem altamente específicas destinadas a ensinar o paciente as seguintes operações: Observar e controlar seus pensamentos negativos automáticos (cognições), reconhecer os vínculos entre a cognição, o afecto e o comportamento, examinar as evidências a favor a

contra seus pensamentos automáticos distorcidos, substituir as cognições com tendência para interpretações mas orientadas para o real, e as crenças disfuncionais que o predispõem a distorcer suas experiências.

#### 4.1 Modelo cognitivo da depressão:

Segundo Beck (1976), o modelo cognitivo da depressão, progrediu das observações clínicas sistemáticas e de testes experimentais. Deste modo, o modelo cognitivo requer três conceitos específicos para explicar o substracto psicológico da depressão: a tríade cognitiva, esquemas e os erros cognitivos. Nesse sentido, o primeiro componente da tríade gira em volta da visão negativista que o paciente tem de si mesmo, ele (paciente), tende a ver as suas experiências como defeituosas e inadequadas a si mesmo, ou seja, subestima e critica a si próprio por causa desses defeitos.

Segundo o mesmo autor (idem, ibidem), o segundo componente da tríade cognitiva consiste na tendência da pessoa deprimida interpretar as suas experiências de uma forma negativista, nesse sentido interpreta mal as suas interacções com o seu meio circundante, (animado, inanimado) com demonstrações de derrota. No entanto a pessoa deprimida pode dar-se conta de que suas interpretações negativas são tendenciosas, se persuadida reflectir sobre essas explicações alternativas menos agradáveis (negativistas). Finalmente o terceiro componente consiste numa visão negativista do futuro, na medida em que a pessoa deprimida faz projecções a longo prazo, ou seja antecipa as suas dificuldades ou sofrimento presentes. Dessa forma, quando a pessoa deprimida considera a possibilidade de encarregar-se de uma tarefa específica no futuro próximo espera falhar.

Para o mesmo autor (idem, p.27), os erros de pensamento ou distorções na depressão, com pensamentos negativos associados:

- Inferência arbitrária, consiste no processo de se chegar a uma conclusão específica na ausência de provas para sustentá-la;

- Abstracção selectiva, refere-se em se focalizar um detalhe retirado no contexto, ignorando outros aspectos mais salientes (importantes) da situação;
- Hipergeneralização, se refere ao padrão segundo o qual se chega a um ou mais incidentes isoladas;
- Exagero e Minimização, em que se reflectem em erros na avaliação do significado ou magnitude de um acontecimento, grosseiro a ponto de se constituírem em distorções;
- A personificação, que diz respeito a tendência do paciente e relacionar ocorrência externa a si mesmo, quando não existe base para estabelecer a relação;
- Pensamento absolutista, dicotómico; que se refere na tendência a colocar todas as experiências em uma das suas categorias opostas, ou seja na descrição de si mesmo, o paciente selecciona a categorização negativa extrema.

Para os autores Hallstrom *et al.* (2000, p.33), os conceitos modernos da depressão progrediram nos finais do século XIX, quando as doenças depressivas foram consideradas perturbações distintas de outras formas da doença mental. As perturbações depressivas emergiram depois da segunda guerra mundial, resultado de uma liberalização da sociedade e de um maior acesso aos cuidados de saúde, contudo é importante ainda salientar a importância da terapia electroconvulsiva (TEC).

Na perspectiva desses mesmos autores (*idem, ibidem*), nos séculos XVIII e XIX, os conceitos da melancolia concentravam-se na sintomatologia em vez de causas, e foi durante este período que se começaram a desenvolver os tratamentos e as atitudes humanas em relação à insanidade.

Nas palavras desses mesmos autores (*idem, ibidem*), o êxito no tratamento do sintoma mais grave estimulou o tratamento de doentes com perturbações depressivas. O desenvolvimento

dos antidepressivos com efeitos secundários menos marcantes, o aumento de acesso à informação e das expectativas dos doentes, resultou numa maior consciencialização, reconhecimento e tratamento da depressão. Mais recentemente, têm-se verificado um interesse crescente nos antecedentes sociais e psicológicos das doenças depressivas.

Segundo Hallstrom et al. (2000, p.34), realçam que os termos endógeno ou exógeno, ainda são utilizados para a descrever a depressão, mas que essa classificação depende das possíveis causas da doença e consideram que a depressão exógena ou reactiva é originada pelas circunstâncias que se abatem sobre o indivíduo, enquanto a depressão endógena ou biológica surge sem elementos desencadeadores visíveis. Deste modo consideram a depressão exógena menos grave do que a depressão endógena.

Para os mesmos autores (idem, ibidem), as causas das perturbações depressivas são complicadas e têm sido utilizados modelos mais complexos. Por exemplo, determinados acontecimentos da vida (luto, desemprego, mudança de casa e separações), podem desencadear o que anteriormente foi considerado como tipo biológico ou grave de depressão. De igual modo algumas pessoas que enfrentam fatalidades no decurso da sua existência e ficam deprimidas enquanto outras parecem conseguir suportar todos os obstáculos da vida.

Segundo Wolpert (2000, p.59), o número de possíveis influências na depressão é enormes vai das crenças religiosas, à mudanças sazonais. O autor acrescenta ainda que existem relatos de tempestades violentas que aumentam o número de hospitalizações de doentes com depressão, e que se analisarmos os acontecimentos externos, deveremos ter em consideração até que ponto a constituição genética de uma pessoa predispõe a depressão. Deste modo o autor referiu que os genes de que possuímos (dois conjuntos), uma da mãe e outro do pai, controlam o modo como as nossas células se comportam tanto durante o desenvolvimento do embrião, incluindo o cérebro, como ao longo da vida.

Para o mesmo autor (idem, p.59), o conceito fundamental para a compreensão da genética da depressão é a hereditariedade, que avalia o grau a que a vulnerabilidade á depressão depende dos genes ou do ambiente. Uma hereditariedade de 50%, significa que os genes e o ambiente,

contribuem equitativamente para a vulnerabilidade. O autor realça ainda que o modo de descobrir as influencias genéticas é analisando as historias e relações familiares e verificar se existem provas de a depressão ter sido herdada da mesma forma que a cor dos olhos, ou mesmo características complexas como a inteligência. Portanto, todas as provas sugerem fortemente que no caso da depressão, a hereditariedade é superior a 50%, isto quer dizer que mais da metade da vulnerabilidade de um indivíduo á depressão se deve à genes que possui.

Wolpert (2000, p.60), ainda na mesma linha, afirma que os estudos de gémeos, fornecem provas convincentes da componente genética na depressão. Os gémeos idênticos possuem os mesmos genes, e se um tem uma depressão grave, há 50% de probabilidades de o outro gémeo também ficar deprimido, no caso de gémeos não idênticos se um deles sofrer de depressão, existe igualmente um risco acrescido de o outro ter um episódio depressivo, mas essa probabilidade é metade da dos gémeos idênticos, ou seja uma em quatro.

Segundo este mesmo autor (idem, ibidem), os familiares das pessoas com depressão, também correm mais riscos de contrair a doença. Apontam que 20% dos familiares de doentes depressivos tem uma espécie e doença depressiva, incluindo episódios maníacos. Afirma que o risco para os filhos de casais em ambos os cônjuges sofrerem de depressão é superior a 50%. Quando um indivíduo que tenha um progenitor ou irmão com uma depressão major correrá um risco de depressão duas vezes superior ao da população em geral, risco esse que passará a ser cinco vezes superior se o familiar sofreu de depressão antes dos vinte anos. Se o progenitor ou irmão tem uma depressão maníaca, a probabilidade de o indivíduo vir a sofrer igualmente dessa doença é dez (10) vezes superior.

Ainda o mesmo autor (idem, p.63), aponta uma descoberta espantosa realizada nos últimos anos, e que pode explicar o aparente aumento da depressão, foi a constatação da sua maior incidência na população mais jovem, em que a idade para o inicio da depressão é hoje em dia inferior aos 30 anos e salientou ainda que as pessoas nascidas depois de 1955, as taxas de depressão são mais elevadas aos de 25 anos, e que a idade media de ocorrência das perturbações bipolares é inferior, aos 21 anos.

Segundo Wolpert (2000, p.64), um estudo foi feito em grande escala de perturbações psiquiátricas realizado em Hong-Kong, Taiwan, sobre a prevalência da depressão entre a população chinesa era muito inferior á das sociedades ocidentais, como os Estados Unidos, ao passo que o numero de pessoas que sofriam ansiedade, particularmente em Hong-Kong, era superior. Em Hong-Kong a prevalência da depressão major era de cerca 2% e a da ansiedade rondava os 10%, deste modo uma possível explicação para estas diferenças pode ser a de que se devem a factores culturais.

Ainda na mesma linha do autor (idem, ibidem), referiu que na sociedade chinesa e noutras sociedades orientais, a família e os laços familiares desempenham um papel muito mais importante do que no ocidente. A autoridade dos pais, nesse caso do pai é muito forte, por conseguinte as crianças chinesas ganham consciência aguda de que o seu comportamento é julgado pelos outros membros da família, e isso pode conduzir a uma perturbação da ansiedade quando surge uma crise, por outro lado nas crianças o enfraquecimento da intimidade familiar no ocidente pode predispor as crianças para relações pessoais menos estáveis na sua e isso portanto conduz ao aparecimento da depressão.

Segundo Wolpert (2000, p.65), afirmou que uma das descobertas mais frequentes e coerentes é a diferença de incidência da depressão entre homens e mulheres, e no ocidente aceita-se geralmente que a prevalência da depressão entre as mulheres é cerca do dobro da dos homens, ao passo que a prevalência da depressão maníaca é semelhante em ambos os sexos. Contudo tem-se proposto muitas explicações para esta diferença, e de acordo com uma das sugestões, a diferença deve-se ao facto de as mulheres procurarem ajuda quando estão deprimidas mais prontamente, e com mais frequência do que os homens, embora as mulheres frequentem mais os consultórios médicos, e esse facto deve-se sobretudo a doenças de menor importância.

Para o mesmo autor (2000,p.65/66), tem-se verificado o estatuto social desfavorecido das mulheres o que contribuiu muito para a depressão clínica. As causas sociais tem sido a tónica de muitas investigações e são muitas vezes agrupadas sob o termo geral «eventos de vida perturbadores». Porém, as mulheres não parecem sofrer mais acontecimentos desse tipo do que os homens, reagindo antes a eles com maior intensidade, do que pode ter todas as espécies de causas, tanto biológicas como sociais. Criar os filhos em casa, sofrer pobreza e

não ter uma confidente, podem tornar as mulheres mais vulneráveis e mais propensa à depressão, no entanto temos outro factor como o baixo estatuto social «doméstica».

Dos diversos factores apontados pelo mesmo autor (idem, ibidem), realçou ainda um outro factor que é a vergonha física, como por exemplo, a relutância de estar nua em frente das outras pessoas, ou até de olhar para o espelho, que levam as mulheres a serem vulneráveis a depressão. Para além disso tem sugerido que as mulheres, quando colocadas numa situação que provoca sofrimento emocional, evidenciam um estilo de reacção que sublinha a auto análise excessiva; choram frequentemente; tem conversas intermináveis com amigas e escrevem sobre os seus sentimentos em diários. Tudo isto contrasta vincadamente com os homens, que usam a distração para enfrentar problemas semelhantes, ignorando-os completamente, ou trabalhando mais praticando desporto ou consumindo álcool. Também o mesmo autor salientou que a depressão está relacionada com as diferenças hormonais, uma vez que as mulheres estão expostas a hormonas femininas como o estrogénio, que na verdade há provas de que as mulheres apresentam sintomas depressivos no momento da tensão pré-menstrual.

Ainda o mesmo autor (idem, ibidem), afirma que as mulheres são mais vulneráveis á depressão, mas que ninguém sabe ao certo ou mesmo é difícil acreditar que o fenómeno não tenha uma base biológica. Portanto, a depressão ocorre sempre num contexto social, como as relações, o trabalho, a pobreza, as expectativas, os filhos, os pais etc..., e podem desempenhar algum papel na gestão de um episódio depressivo.

Portanto para este autor (idem, ibidem), a depressão tem uma origem multifactorial, que significa que apenas que é necessário destriçar a importância relativa das diversas influencias na vida de uma pessoa. Deste modo uma grande parte da investigação tem-se focado em eventos de vida e nas relações e posições do indivíduo na sociedade.

Para este mesmo autor (idem, p.68), “ os eventos de vida são designações bastantes amplas, usadas para designar mudanças externas, geradoras de stress, rápidas e repentinas, cuja ocorrência pode ser datada de forma clara e especifica “ ou seja um evento de vida envolve



mudanças substanciais na vida do indivíduo, relacionada com um luto, uma mudança de emprego ou problemas com o cônjuge ou filhos. Deste modo todos os estudos sobre o papel dos eventos de vida têm incidência mais nas mulheres. No entanto, os tipos de eventos de vida relacionados com a depressão associam-se sobretudo a perdas de um tipo ou de outro: separação de alguém, perda do auto estima. Portanto, cerca de um terço das mulheres ficam deprimidas com os eventos da vida, o que revela uma influência de desencadear episódios depressivos.

## 5 Causas da depressão, segundo Pedro Afonso

Segundo o autor (2004, p.28), a depressão é uma doença complexa e de grande investigação de que tem sido alvo nos últimos tempos e que persistem muitas dúvidas por esclarecer. Desde há cerca de um século, inúmeras classificações tem-se feito sobre as perturbações afectivas, que se vão tornando cada vez mais extensas à que medida se vai compreendendo que perante as características clínicas e a forma particular de evolução determinada entidade clínica se justifica a sua classificação independente.

Contudo, perante tamanha complexidade, os psiquiatras preferem referir que a depressão tem provavelmente várias causas que poderão contribuir para o aparecimento da doença, deste modo referiram três factores associados à causa da depressão.

### 5.1 Factores genéticos

Portanto, para este autor (idem, ibidem), procurou-se descobrir a existência de um factor genético, que pudesse contribuir para o aparecimento da depressão. Este interesse foi motivado em parte por uma constatação de que a doença surgia com maior frequência em indivíduos que tinham antecedentes familiares com depressão. Deste modo, a forma mais simples de investigar os aspectos genéticos, foi procurando observar a taxa de concordância dessa doença em gémeos, em que os gémeos homozigóticos tem mesmo património genético, enquanto que os dizigóticos só partilham cerca de 50% dessa informação genética.

Segundo Kaplan 2003 (apud Pedro Afonso 2004, p.28), a depressão maior foi vista numa taxa de concordância de cerca de 50% para os gémeos homozigóticos, e de cerca de 10% a 25%

para os dizigóticos. Desta forma, na doença bipolar de tipo I estes valores alteram para 33% a 90%, no primeiro caso e segundo caso 5% a 25%, e que faz prever um maior peso dos aspectos hereditários no aparecimento desta doença, em comparação com a depressão maior.

Contudo, para este autor (idem, ibidem), estes valores têm um peso relativo, já que foram baseados em amostras relativamente pequenas e que ainda existem trabalhos que apresentam resultado um pouco diferente. Porém, na conclusão que se pode tirar deste estudo é o facto de se confirmar a existência de um factor genético na origem da depressão, mas que por se só não é determinante, já que se fosse facto todos os gémeos monozigóticos seriam atingidos, o que não é o caso.

## 5.2 Factores biológicos

Para este mesmo autor (idem, ibidem) procuraram-se as causas físicas ou orgânicas da depressão, em que realçaram que a depressão pode ocorrer secundariamente quer em relação a determinadas doenças físicas, como por exemplo (endócrinas, neurológicas, infecciosas), quer ainda na utilização de determinados medicamentos como por exemplo (reserpina, bloqueadores B, clonidina, digoxina, corticosteroides, indometacina, cloroquina, estrógenos, antipsicóticos), mas isto não significa que as doenças e os fármacos descritos provocam obrigatoriamente depressão a todos os doentes. No entanto torna-se importante para o médico saber se existe uma doença coexistente que possa ser tratada, já que em muitos casos está se encontra mascarada, ou seja pode passar despercebida.

Desta forma, para este autor (idem, ibidem), tem-se como exemplos caso de situações em que existe anemia, ou hipotirodismo, mas uma vez que não tratamos estas patologias, os doentes irão certamente manter os sintomas depressivos. Porém o mesmo se pode dizer em relação aos medicamentos, mesmo porque haverá alguns doentes que provavelmente devido a uma susceptibilidade individual poderão apresentar depressões secundárias aos fármacos prescritos, devendo nesses casos alertar o seu médico para que a medicação possa ser alterada.

### 5.2.1 *Os neurónios e a depressão*

Segundo este mesmo autor (idem, ibidem) o sistema nervoso é composto por tecido neural, no qual se destacam dois tipos de células: as células glia e os neurónios. As primeiras células têm função de suporte, enquanto os neurónios são responsáveis pela nossa actividade mental, em cada neurónio é constituído por, um corpo celular, onde se encontram o núcleo da célula e as varias estruturas celulares. Os neurónios encontram-se ligados entre si, criando assim uma rede de comunicações, e cada um destas células podem estabelecer centenas de ligações com outras células. Mas estas células tem ainda um a particularidade interessante, visto que apesar de constituírem uma rede ligações, não existe um contacto físico entre eles, deste modo o espaço é designado de sinapse nervosa. Para alem disso a comunicação entre os neurónios não é efectuada directamente através de impulsos eléctricos, mas sim através de mediação química, realizada por substancias a que chamamos de neurotransmissores.

Na perspectiva deste mesmo autor (idem, ibidem), no anos 50 apareceu o primeiro antidepressivo (imipramina) desta forma, começaram os primeiros tratamentos para a doença e só depois se compreendeu o mecanismo de acção do fármaco e se estruturou a teoria biológica da depressão, isto é foi conseguido depois de se descobrir que o antidepressivo actuava do ponto de vista terapêutico aumentando a concentração de duas substâncias (serotonina, noradrenalina) ao nível do cérebro designadas por neurotransmissores, mas não é estranhar o facto de se ter levantado a hipótese de que com a diminuição destas substâncias, na depressão, deste modo leva ao aparecimento da doença.

Portanto, este mesmo autor (idem ibidem), verificou também vários avanços no estudo da área psicofarmacologia, e desta forma observou que a teoria biológica da depressão era demasiado simplista, e que os locais onde actuam os neurotransmissores também se encontravam alterados na depressão. A comprovar esta hipótese, está o facto de sabermos que os antidepressivos também modificam, na sua acção terapêutica, os receptores destes neurotransmissores (serotonina, noradrenalina, dopamina), é por este motivo que existe um tempo de latência que dura habitualmente entre um a três semanas, e com isso desde o início do tratamento com antidepressivos ate o aparecimento de melhorias clínicas.

### 5.3 Factores psicossociais

Segundo este autor (idem, ibidem), a teoria psicanalítica, assenta a causa da depressão, na perda real ou imaginária de um objecto e nas experiências precoces. Contudo, Freud fez um trabalho sobre «luto e melancolia», em que ele estabeleceu uma analogia entre as duas situações, em que a melancolia seria uma espécie de luto patológico em que não ocorreria a necessária aceitação do objecto perdido (pessoa perdida), enquanto que no luto normal o individuo conserva a ilusão de que esse objecto perdido ainda permanece, mas na realidade o dia-a-dia vão-lhe dando provas de que a perda é bem real, e essa transição de ilusão para a realidade é difícil e dura muito tempo. O processo de luto termina logo que o individuo consiga disponibilidade para se relacionar com o mundo de forma a permitir a realização de outros desejos e outras ligações, e no caso da melancolia (depressão), este processo não é realizado e fica suspenso uma vez que o «individuo introjecta o perdido» num mecanismo de defesa que visa preservar o contacto com esse objecto.

Segundo Karl Abraham (apud Pedro Afonso) psicanalista referiu que a depressão é manifestação de uma agressão dirigida contra o *self* ou seja contra si próprio, num individuo incapaz de expressar agressividade e hostilidade face às pessoas que ama, ou seja, coexiste um sentimento de ambivalência (amor/ódio) que se encontra ausente no luto.

Na perspectiva duma outra pioneira da psicanálise (idem, ibidem), em que estabeleceu dois estados mentais que se sucedem ao longo do desenvolvimento da vida mental da criança, em que ela designou de posição esquizo-paranoide, e transita-se para o segundo denominado de posição depressiva.

Segundo este mesmo autor (idem, ibidem), considerou que a ideia de posição depressiva estabelece uma analogia entre o desenvolvimento normal da criança e a depressão. Desta forma a posição depressiva vai sendo superada na infância, podendo ser posteriormente reactivada na vida adulta com a depressão. Deste modo esta teoria faz dos mecanismos depressivos processos universais, ao encarar a depressão como uma regressão para formas de actividade mental existentes em todas as crianças.

Segundo o modelo cognitivo (apud Pedro Afonso), defende que a depressão não estaria baseada em motivações inconsciente, nem em factores biológicos, mas sim na forma como se estrutura a experiência, como por exemplo um determinado indivíduo que tivesse sido alvo de negligência e descuido durante a infância, poderia desenvolver ideia negativa de que não era uma pessoa amada e essa ideia permaneceria latente durante um longo período de tempo até ao dia em que perante determinado acontecimento com um significado idêntico fossem reactivadas, como uma ruptura amorosa, ou também que essa experiência precoce de abandono daria origem a uma cognição disfuncional *«eu não sou uma pessoa amada, ninguém gosta de mim, todos me abandonam»*.

Ainda para este autor (idem, ibidem), o modelo de acontecimentos marcantes ou stressantes e a origem da depressão, considera um acontecimento de vida externo ao indivíduo tanto a nível económico, social, familiar é causador de desadaptação social ou de sofrimento psíquico significativo. Um acontecimento de vida marcante é indesejável pelo indivíduo, imprevisível, e causador de grande esforço de adaptação e com consequências negativas na sua vida, e esses acontecimentos de vida podem ser, divórcio, desemprego, o abuso sexual.

Portanto para esta autor (idem, ibidem), existem determinados acontecimentos de vida marcantes que acabam por provocar no indivíduo um sofrimento psíquico e uma consequente dificuldade de adaptação que conduzem a depressão, porém há acontecimentos que acabam por virar factor de risco visto que nem todos os indivíduos desenvolvem depressão por causa de acontecimentos marcantes.

Segundo Brow e Harris (apud Pedro Afonso), num estudo definiu um determinado perfil de indivíduo e associou-o a um risco elevado de depressão, no caso de sujeitos a factor desencadeador. Este perfil corresponde a um sujeito do sexo feminino que não possui outro trabalho para além do doméstico, pertencente a um estrato socio-económico baixo, com três filhos ou mais filhos com menos de 14 anos de idade, sem uma relação íntima de confiança e que perdeu a mãe antes dos 11 anos. O baixo apoio social constitui deste modo um factor de risco e de mau prognóstico para a depressão.

## 6 Tipos de estados depressivos segundo Lyra Bastos

- **Os desenvolvimentos depressivos de personalidade** são personalidades que conseguiram desenvolver auto-estima adequada e podem vir a constituir algumas fracas defesas neuróticas (hipocondríacas, histéricas, obsessivas), mas estas nunca se mostram inteiramente suficientes, e os pacientes acabam tendendo sistematicamente para depressão. Nestes desenvolvimentos depressivos, em que há uma patente deficiência de amor-próprio e o relacionamento com o terapeuta apesar de mostrar tanta dependência e fragilidade como qualquer outra depressão, costuma apresentar uma ambiguidade característica. O paciente à medida em que tenta estabelecer um vínculo com o entrevistador, colocando-se como vítima, agride-o subtilmente com sugestões depreciativas. O entrevistador muitas vezes foge deste confronto ignorando a contratransferencialidade, as agressões, especialmente é claro se sentir atingido.
  
- **As reacções depressivas**, existem em personalidades especificamente neuróticas (histéricas, fóbicas, obsessivas), ou mesmo aquelas mais equilibradas quando por forças das circunstâncias vêm esgotadas todos os seus recursos defensivos, e por isto pode, eventualmente levar-lhes a deprimir-se. Contudo, certos momentos da vida em que as gratificações parecem desaparecer e as frustrações se acumularem, são excepcionalmente propícias para estas depressões. Deste modo, tais situações vivenciais podem ocasionalmente se sobrepor mas não tem nenhuma relação directa (de causa /nem efeito), com depressões cíclicas ou endógenas de natureza processual presentes na psicose maníaco-depressiva.
  
- **Nos processos depressivos**, temos as depressões endógenas que pelo menos durante a crise depressiva não existe a possibilidade de se estabelecer vínculos terapêuticos adequados pela ausência de investimentos afectivos. Aqui o paciente não tenta comover, nem convencer o entrevistador de sua infelicidade e sofrimento e, deste modo pode sentir-se culpado ou perseguido mas nunca tenta atingir outras pessoas.

## 7 Sono e a Depressão

Segundo Neylan 1995 (apud Pedro Afonso, 2004 p.50), a depressão é acompanhada na maioria dos casos por alterações do sono, e estima-se que cerca de 90% dos doentes com depressão maior apresentem perturbações do sono.

Segundo Pedro Afonso (idem, ibidem), afirmou que os doentes podem ter dificuldade em adormecer (insónia inicial), e que varia entre dormir menos tempo (insónia), ou mais raramente, e dormir tempo demais (hipersónia), ou seja pode acordar uma ou varias vezes ao longo da noite (sono fragmentado) ou acordar demasiado cedo e depois não conseguir voltar a adormecer (insónia terminal).

Para o mesmo autor (idem, ibidem), refere que existem casos em que a duração do sono pode não estar alterada mas mesmo assim sugerem queixas sobre a qualidade, uma vez que a noite não se revela reparadora e ao acordar de manhã existe uma sensação de cansaço, mais na pratica é frequente surgir uma combinação de várias queixas ao mesmo tempo.

Portanto, para este autor (idem, ibidem), o sono é essencial a uma vida saudável, quando substancialmente as horas de sono por um período de tempo prolongado, desta forma o indivíduo torna-se irritável, sente-se fatigado e perde as capacidades cognitivas (por exemplo ao nível da memória e da atenção), e isto acaba por ter reflexos na quebra de rendimento, nomeadamente na diminuição da produtividade laboral ou escolar. Porém, com o tempo se a insónia for muito grave podem também ocorrer fenómenos alucinatórios.

Ainda na perspectiva deste mesmo autor (idem, ibidem), para se estudar o sono recorre-se a um exame designado por «polisonografia», e este exame é realizado com o auxilio de uma eletroencefalograma, e de electromiograma, e de um oculograma, e que nos permite estudar e diagnosticar o tipo de alterações na estrutura do sono para que deste modo o tratamento seja dirigido para a causa da insónia, ou como por exemplo podemos referir a insónia provocada pela apneia do sono, ou seja a abordagem terapêutica é completamente diferente da insónia secundaria a um estado depressivo.

Ainda para este mesmo autor (idem, ibidem), o sono esta dividido em duas fases, em que se vão alternando entre si , e ao longo da noite: a primeira fase designa-se por «fase de ondas lentas» ou «sono lento». Esta fase do sono divide-se por sua vez em quatro estádios (I,II,III,IV), sendo o último estágio IV, aquele que corresponde ao sono mais profundo , a segunda fase é designada por « fase de sono paradoxal», também conhecida por «sono REM», « rapid eyes movement», e durante este período ocorrem movimentos oculares , alteram-se o ritmo cardíaco , a respiração e a tensão arterial. Contudo, é nesta fase que habitualmente sonhamos e que costuma-se preencher 20% a 25% do tempo total do sono.

Segundo, ainda para este autor (idem, ibidem), na depressão para além das alterações observadas no numero de horas do sono, também verificam-se as alterações qualitativas, e surgindo assim alterações da «arquitectura» normal do sono. Contudo recorrendo à «polisonografia», detectam-se frequentemente algumas alterações características do sono doentes com depressão, alterações essas referidas como por exemplo, o sono encontra-se perturbado na continuidade e na duração, a fase REM (sono paradoxal) surge mais cedo (diminuição do tempo de latência), também existe maior tempo de sono de REM na primeira parte da noite e um menor na última e, por último, o sono lento encontra-se diminuído e pode não chegar a atingir os estádios III e IV (sono mais profundo), o que transmite uma sensação de cansaço e de um sono não reparador ao acordar.

Porém, a persistência de algumas dessas alterações do sono tem implicações a longo prazo, designadamente pelo aumento do risco de recorrência de novos episódios depressivos.

Portanto, para este autor (idem, ibidem), o tratamento da insónia da depressão deve ser acompanhado de algumas regras básicas que podem melhorar o sono como por exemplo, (procurar cumprir horários regulares de sono, evitar estimulantes a partir da segunda metade do dia (café, chá), não dormir sestas durante o dia, fazer exercícios físicos regulares, tomar um banho quente relaxante antes de se deitar e, por fim no ambiente do quarto deve ser tranquilo e silencioso), e associando-se aos casos mais graves uma terapia específica com (antidepressivos com propriedades, sedativos por exemplo: trazodone, mianserina, amitriptilina), para além de tratarem a depressão podem também ajudar a melhorar o sono (aumentando o período de sono lento).



Segundo Sharpley 1995 (apud Pedro Afonso 2004), a maioria dos antidepressivos reduzem o tempo do sono REM, aumentando o seu tempo de latência e pode ainda redistribuí-lo pelo período final da noite, o que pode causar no doente a sensação de «sonhar demais», já que os sonhos são mais recordados ao despertar.

## 8 Depressão e Doença física

Segundo Stoppe Júnior e Louzã Neto (1999, p. 137), a depressão associa à doença física, assim como a presença de sintomas somáticos no curso dos transtornos depressivos. São eventos de extrema importância no estudo do quadro clínico da depressão. Esta associação é bastante complexa mas, apesar dos diversos estudos nesta área, o entendimento das questões relativas a esta associação ainda encontra-se longe do ideal, mas é provável que a depressão e a doença física se associam de diversos, em diferentes pacientes e em diferentes momentos num mesmo paciente.

Segundo este mesmo autor (idem, ibidem), o diagnóstico da depressão, e da doença física pode ser mais difícil nos indivíduos idosos, visto que os quadros clínicos da depressão e da doença física podem confundir-se entre si, ou seja, podem complicar entre si e, deste modo com algumas alterações relacionadas ao processo do envelhecimento.

Do ponto de vista deste mesmo autor (idem, ibidem), utilizando os códigos de diagnóstico correntes, a associação entre a depressão e a doença física pode ser apresentada de quatro modos: síndrome orgânica de humor tipo depressivo, doença física e depressão associadas, reacção de ajustamento tipo depressivo e depressão com sintomas somáticos. Apesar da diferenciação destas formas clínicas não esteja totalmente clara, tais forma podem ser úteis no estudo e no tratamento destes distúrbios.

Segundo Koenig *et al.* 1993 (apud Stoppe Júnior & Louzã Neto, pag.139), realizaram um estudo comparativo entre pacientes deprimidos jovens e idosos do sexo masculino hospitalizados, em que apontaram que os sintomas cognitivos – afectivos são úteis para diferenciar a depressão da não depressão em todas as faixas etárias, mas deste modo, afirmaram que nos idosos os sintomas somáticos não podem ser deixados de lado, podendo

ser de grande importância no diagnóstico. Assim encontraram principais sintomas somáticos nos idosos deprimidos, com insónia terminal, fadiga, diminuição de peso, sintomas genitais, e as queixas físicas foram mal estar gástrico, dor para urinar e palpitação, enquanto que nas jovens as queixas foram tonturas, sudorese, palpitação, tremores.

### 8.1 Depressão primária e doença física

A depressão primária pode anteceder ao aparecimento da doença física a ela se associa não sendo directamente relacionada etiologicamente. Deste modo, quando existem diagnósticos simultâneos de depressão e doença física, pode ser difícil estabelecer a relação entre os distúrbios. Contudo, considera-se nestes casos a ideia de comorbidade entre as doenças sem que se possa fazer considerações a respeito das relações de causalidade. Em pacientes com história de transtornos de humor recorrente a doença física antecede o aparecimento da depressão e sugere que ela seria um factor desencadeante da fase depressiva mas no caso da depressão anteceder a doença física pode-se supor que a depressão de algum modo predispõe o paciente ao surgimento de distúrbios físicos.

### 8.2 Depressão secundária e doença física

A depressão secundária a uma doença física pode ser tanto relacionada com a doença em si, e as alterações biológicas associadas a esta, e como ser relacionada principalmente às suas consequências tanto físicas, como psicossociais da doença física. Portanto a incapacitação e/ou as limitações decorrentes da doença física têm sido mais claramente relacionadas com a ocorrência de transtornos depressivos.

Segundo Turner e Beiser 1990 (apud Stoppe Júnior e Louzã Neto), pacientes com deficiências físicas decorrentes da doença física, onde pode ser afastada a possibilidade de síndrome orgânica de humor e depressão secundária a medicamentos, deste modo o stress crónico decorrente ou resultante de uma doença física foi directamente relacionado ao surgimento de sintomatologia depressiva especialmente em indivíduos acima de 65 anos.

Na perspectiva de Fenton *et al* 1994 (apud Stoppe Júnior e Louzã Neto), desenvolveram um estudo com pacientes idosos internados, e encontraram depressão maior em 27,4% dos casos

e, dentre os factores mais relacionados com a depressão, estavam as dificuldades para desempenhar as tarefas habituais devido a doença física, deste modo esses autores sugeriram que existe uma relação de causalidade.

Segundo um outro estudo realizado por Willianson e Shultz 1992 (apud Stoppe Júnior e Louzã Neto), com pacientes ambulatoriais demonstraram que a saúde física está associada com o aumento de sintomatologia depressiva, mesmo quando controlados a factores de stress psicológico. Mas estes autores não se referem a quadros clínicos de depressão, o que dificulta a comparação destes resultados.

Segundo Stoppe Júnior e Louzã Neto (1999, p.146), casos de depressão como reacção a doença física, o diagnostico em termos dos códigos vigentes, é dado de acordo com a gravidade do quadro clínico. Em casos onde a sintomatologia predominante seja do tipo depressivo ou seja um quadro depressivo que não preencha os critérios para diagnostico de depressão maior é relacionado a um factor stress identificável pode ser diagnosticado como reacção de ajustamento de tipo depressivo (CID-10). Deste modo uma reacção de ajustamento é definida como uma reacção inadequada a um factor de stress neste caso uma doença física, e de acordo com os critérios de DSM-IV, o quadro deve iniciar-se dentro de três meses subsequentes ao evento stessor e não deve durar mais de seis meses.

Segundo Oxman et al 1994 (apud Stoppe Júnior & Louzã Neto), o quadro deve desaparecer quando o factor causador é resolvido ou é conseguida a adaptação em um novo nível. Todavia em certos casos pode haver um avanço para um transtorno depressivo mais estabelecido, como o desenvolvimento de quadro distímico ou surgimento de depressão maior.

Para o autor o mesmo autor (idem, ibidem), é importante notar que a gravidade do distúrbio não se relaciona directamente com a gravidade do evento desencadeante, devendo haver susceptibilidades individuais, e que muitos dos estudos acerca de sintomas depressivos na doença física podem estar detectando este tipo de alteração e não depressão maior. Apesar de este diagnóstico ser raramente citado e também por explicitar uma relação etiológica. Portanto, esta diferenciação clínica poderia auxiliar no esclarecimento da relação de causa e

efeito entre depressão e doença física. Deste modo podem estar sendo detectados alguns sintomas depressivos transitórios, que fazem parte de uma reacção normal a uma situação stressante, como o reconhecimento pelo indivíduo de ser portador de uma doença física.

### 8.3 Depressão causada por doença física ou medicamentos:

A depressão pode também ser claramente relacionada a doença física em si, ao invés de ser relacionada com as suas consequências, neste caso supõe-se que a depressão esteja etiológicamente relacionado as modificações biológicas associadas a alteração física primária. Contudo, a depressão pode ainda estar relacionada a gravidade clínica da doença física e não somente ao distúrbio físico em si, apesar de ser difícil estabelecer até que ponto a depressão se relaciona com as alterações biológicas ou as consequências físicas e psicossociais de uma doença mais grave.

Segundo o DSM-IV (apud Stoppe Júnior e Louzã Neto 1999), prevê o diagnóstico de síndrome orgânica de tipo depressivo para esses casos , e os critérios do mesmo no quadro clínico é semelhante ao da depressão maior , mas devem existir evidências de distúrbio orgânico etiológicamente relacionado a depressão para se fazer o diagnóstico de transtorno orgânico de humor , apesar de ser possível a ocorrência de quadro confusional concomitante, o transtorno orgânico do humor não pode ocorrer exclusivamente no curso daquele .

Para o mesmo autor (idem, ibidem), o distúrbio orgânico de base pode ser uma doença sistemática (exemplo; insuficiência cardíaca congestiva ou carcinoma de pâncreas), um distúrbio metabólico ( exemplo; hipotireoidismo) , um distúrbio neurológico ( exemplo; acidente vascular cerebral , doença de Parkinson) , ou efeitos indesejáveis de medicações , que é mais frequente em idosos que fazem o uso abusivo e irregular de diversas medicações potencialmente causadores de depressão entre outros como, alfa-metildopa, clonidina propranolol e digital. Devido a etiologia orgânica, tratando-se a causa de base deve melhorar do quadro depressivo, apesar disso em muitos casos faz-se necessário o tratamento farmacológico concomitante da depressão.

Segundo este mesmo autor (idem, ibidem), em casos em que o diagnóstico clínico e da depressão são feitos simultaneamente, ou quando os sintomas físicos antecedem o quadro depressivo torna-se muito difícil estabelecer a diferença entre depressão primária associada a doença física ou depressão secundária a doença física. Contudo é frequente a associação entre doença cerebral e depressão, e também depressão em aparecimento tardio, que pode ser considerada como depressão causada por doença física, pois postula-se uma relação biológica entre os distúrbios, ainda o mesmo si aplicaria a depressão associada a doença de Parkinson e esse sentido surge novamente a dificuldade de separar a influência biológica da doença, de suas consequências psicossociais, na génese dos transtornos depressivos.

## 9 Depressão nas diferentes fases da vida:

Comparação genérica sobre as manifestações, semelhanças e particularidades nas diferentes fases da vida.

### 9.1 Depressão na infância

Segundo Hallstrom e McClure (2000,p.97), cerca de 10% das crianças de dez anos de idade relatam sintomas de tristeza e infelicidade, mas os sintomas depressivos só ocorrem em menos de 2% das crianças e de 4% dos adolescentes. Deste modo as doenças depressivas declaradas ocorrem em 0,15% dos das crianças de dez anos (10) e cerca de 1,5% dos adolescentes de catorze (14) anos.

Desta forma a depressão é uma patologia mais comum nos rapazes do que nas raparigas depois da puberdade e mais comum nas jovens antes da puberdade, e tem uma incidência semelhante à dos adultos na puberdade, a mania é muito rara na puberdade e presume-se que os factores hormonais têm relevância na expressão das perturbações do humor.

Ainda para este mesmo autor (idem, ibidem), existem alguns factores que podem contribuir ou mesmo causar depressão numa criança. Normalmente as crianças reagem a problemas existentes no seu ambiente e ficam deprimidas em resultado de uma perda como por exemplo, a morte de um dos pais, ou da avó, ou também do divórcio dos pais. Podem também ser ameaçadas e intimidadas por colegas na escola, ou ainda sofrer devido a um fraco

desempenho escolar, pode ser resultante da dislexia, surdez ou outros problemas da aprendizagem.

Portanto (idem, ibidem), se um dos progenitores sofrer desta doença, frequentemente as crianças desenvolvem padrões de comportamento depressivo, quer devido a um desânimo aprendido, quer devido a alguma influência genética. Todavia as crianças podem ficar deprimidas em resultado a responsabilidade excessiva na família, ou também ainda mais devido a abusos sexuais ou físicos. Desta forma os problemas em casa como discussões, dificuldades financeiras ou desemprego, contribuem também para a depressão nas crianças.

Para o mesmo autor (idem, ibidem), a depressão pode ser detectada nas crianças, mais por vezes pode ser difícil visto que são demasiado novas para se aperceberem que estão deprimidas, ou mesmo, não conseguem descrever o que sentem. Desta forma é sempre importante reunir informações a cerca da criança, os pais e também com professores, visto que por vezes muitas crianças manifestam sintomas depressivos, mas por vezes os pais não têm consciência do seu significado, embora seja necessário ouvir a perspectiva dos pais. Deste modo as crianças deprimidas perdem o interesse por brincadeiras de que gostavam e, não têm gosto pela vida.

Ainda para o mesmo autor (idem, ibidem), algumas crianças têm doenças depressivas evidentes, que são clinicamente idênticas às descritas nos adultos, deste modo podem apresentar uma depressão agitada clássica e reagir a fármacos antidepressivos que são o tratamento de eleição relativamente a outras formas de terapia. Desta forma abordagem normal para avaliar e tratar a depressão na infância e utilizar uma equipa multidisciplinar de pedopsiquiatrias e psiquiatras de apoio à família, bem como psicólogos infantis, assistentes sociais, e educadores, e o tratamento enquadra-se nas linhas psicossociológicas. Porém, a terapia com antidepressivos normalmente não apresenta grandes diferenças da terapia com placebos, embora ambos os tratamentos induzam melhorias substanciais, mas existem muito poucos estudos adequados que abordam o desempenho dos antidepressivos nas crianças.

## 9.2 Depressão na adolescência

Segundo Hallstrom e Mcclure (2000, p.99), existem factores que contribuem para o desenvolvimento da depressão nos adolescentes e estes são os mesmos que nas crianças. Contudo a puberdade vem aumentar o risco e a prevalência das perturbações depressivas, e aumentam a um nível comparável ao dos adultos. Deste modo as pressões dos exames escolares, escolher uma profissão e a perspectiva do desemprego são importantes à semelhança das pressões dos colegas, e pode ser difícil também com o aparecimento de emoções mais adultas e de sensações sexuais. Desta forma é importante realçar que a adolescência é também uma fase em que a anorexia nervosa e a esquizofrenia se começam a manifestar.

## 9.3 Depressão nos adultos

Segundo Wilkinson, Moore e Moore. (2003, p.31), os adultos doentes cuja a perturbação não é detectada, apresentam-se muitas vezes com doença física seja por ter aparecido um novo sintoma físico grave que conduziu à depressão que o clínico geral negligencia, ou seja também porque um sintoma físico crónico persistente e a depressão subjacente não é detectada.

Segundo Piccinelli e Wilkinson 1994 (citado por Wilkinson Moore e Moore), analisaram cerca de 50 estudos de seguimento de adultos com perturbações depressivas observadas em psiquiatria. Verificaram que apenas um quarto dos doentes recuperaram-se completamente de um episódio de referência e mantinha-se bem dez anos mais tarde, e um quarto dos doentes que sofreram de recorrências da depressão no espaço de um ano após um episódio de referencia que pelo menos três quartos deles aconteceu o mesmo no espaço de dez ou mais anos. Portanto mais de um em cada dez doentes a depressão mostrou-se persistente, mantendo-se o número de sujeitos afectados bastante estável com o tempo.

Desta forma, a evolução das depressões recorrentes é altamente variável, alguns doentes tem episódios separados por muitos anos de funcionamento normal, alguns são sujeitos a séries de episódios e outros tem episódios cada vez mais frequentes à medida que envelhecem. O

funcionamento global regressa habitualmente ao nível premórbido entre os episódios, e em unidades especializadas ate cerca de 15% de pessoas com depressão apresentam doença depressiva de longa duração, com sintomas residuais e défice social, e cerca de 15% das pessoas gravemente deprimidas podem tentar o suicídio.

Com base em uma pesquisa diagonal na Internet, podemos dizer que a maioria dos adultos necessitam de antidepressivos e psicoterapia e estes variam de caso para caso. No entanto em casos em que não conseguirem sucesso com esta terapia recorrem a terapia eletrochoques que pode ser uma boa opção. Existe muito preconceito com respeito a esta técnica terapêutica, mas pesquisas desenvolveram técnicas e medidas de segurança que tornaram os electrochoques uma forma de tratamento bastante eficaz, desde que indicada de forma apropriada, mas nos casos em que os pacientes não respondem a esta tratamento eletroconvulsivos podem ser tirados para a cirurgia.

#### 9.4 Depressão nos idosos

Segundo este mesmo autor (idem, ibidem), um quarto das pessoas acima dos 65 anos, apresentam alguns sintomas depressivos, e a maioria das doenças depressivas que se manifestam neste grupo podem ser diagnosticadas como disforia da terceira idade, relacionada sobretudo com o isolamento social e acontecimentos adversos da vida, como a morte de pessoas muito próximas. Desta forma a metade das pessoas acima dos 65 anos, a depressão esta associada a uma doença física concomitante, em vez de se tratar de uma perturbação depressiva primária. Contudo 10% deste grupo apresentam depressão acentuada, e cerca de 5% é diagnosticada a depressão grave, o que exige um encaminhamento para um especialista.

##### 9.4.1 *Medidas para a prevenção do desenvolvimento da depressão nos idosos*

Na perspectiva de Hallstrom e McClure (idem, ibidem), a terceira idade está associada a mudanças de vida e a perdas muitas vezes ligada à morte do cônjuge, o fim da vida profissional, a diminuição do rendimento, e também perda da potência sexual, etc., e não é de admirar que muitas pessoas idosas se sintam deprimidas. Mas o importante neste caso é o planeamento do período de pré-reforma e a orientação especialmente em relação a assuntos



financeiros e as pensões que nunca é demasiado cedo para chegar, e devem ser explorados alternativas ao trabalho remunerado, e não só a disfunção sexual deve ser tratada duma maneira apropriada, e uma boa dieta e também uma vida social activa e deste modo aumentam o bem estar e a auto estima, e sem esquecer em um acompanhamento psicológico importante em caso de luto.

#### *9.4.2 Problemas específicos associados à utilização de antidepressivos nos idosos*

Para Hallstrom e Mcclure (idem, ibidem), os idosos demonstram uma sensibilidade acrescida aos efeitos secundários dos fármacos, e em virtude da baixa massa corporal precisam de uma dosagem muito mais baixa, possivelmente um terço da dose padrão de antidepressivos para os adultos. As doenças concomitantes, a demência e a fraca adesão ao tratamento vêm acrescentar mais dificuldade a sua prescrição e especialmente a cardiotoxicidade dos antidepressivos mais antigos resultante da acção semelhante a quinidina. A obstipação, o prostatismo e o glaucoma são afectados de forma adversa pela acção anticolinérgica que também pode reduzir a função da memória e a acções anti-histamínicas que inibem a função psicomotora.

### **10 Tratamento para a depressão:**

Segundo Pedro Afonso (2004, p.78), existem várias abordagens no tratamento da depressão, desde a farmacologia, a psicoterapia individual ou em grupo, a eletroconvulsivoterapia, a fototerapia, e mesmo ainda a estimulação magnética transcraniana. Porém, independentemente da estratégia terapêutica utilizada, é importante frisar que os tratamentos para a depressão não visam apenas a melhoria do humor e de estado geral, mas também procura estabelecer o indivíduo em termos do funcionamento social e prevenir futuras recorrências da doença.

Portanto, para este mesmo autor (idem, ibidem) a escolha do tratamento é feita duma forma individualizada, após uma avaliação do paciente, não só do ponto de vista físico mas também do ponto de vista mental. Deste modo na origem da doença poderá existir um factor de stress perfeitamente identificável como, por exemplo, desemprego ou também a depressão pode

instalar-se sem que seja possível identificar nenhum tipo de factor desencadeante, ou seja, sem nenhum motivo aparente. Porém o doente deve ser compreendido globalmente, ou seja numa perspectiva bio psicossocial, uma vez que na origem da depressão podem estar envolvidos vários factores em simultâneo e também como a depressão é uma doença multifactorial complexa e é de esperar que o seu tratamento seja diversificado e heterogéneo. Desta forma existem duas grandes formas de abordagens terapêuticas, a biológica e a psicológica, que não se excluem entre si e podem ser complementares, pois se um doente tiver indicação para fazer a psicoterapia, poderá beneficiar de efectuar em simultâneo com um tratamento farmacológico.

### 10.1 Tratamento biológico

Segundo este autor (idem, ibidem), o tratamento biológico para a depressão do século XX deparava-se com problemas, visto que não havia tratamento eficaz para ela. Desta forma várias investigações foram feitas para o tratamento da depressão, e foi só no ano 1938 que dois médicos italianos Cerletti e Binni desenvolveram uma técnica convulsionante para o tratamento da esquizofrenia, que consequentemente acabou por se revelar eficaz no tratamento da depressão, e esse método conhecido como eletroconvulsioterapia teve resultados muito bons e surpreendentes nalgumas formas de depressão mais grave.

Portanto, ainda (idem, ibidem) no ano de 1949, que foi introduzida uma nova substância, sais de lítio que para além das suas propriedades como estabilizador, o carbonato de lítio ainda é utilizado em combinação com antidepressivos no tratamento de casos refractários da depressão. No ano de 1958 decidiu-se experimentar uma nova substância designada imipramina, que já tinha sido experimentada no tratamento de esquizofrenia, mas não deu certo, e os resultados revelaram-se desastrosos, mais o mesmo não aconteceu no tratamento da depressão e, em alguns casos os sintomas depressivos desapareciam o que causou muita expectativa neste fármaco.

Desta forma (idem, ibidem), no decorrer dos anos foram-se descobrindo novas gerações de antidepressivos como inibidores selectivos da recaptação de serotonina (ISRS), que demorou anos a aparecer, essa nova geração trouxe menor número de efeitos secundários e uma maior

segurança. Em comparação com os outros antidepressivos que causavam demasiados efeitos como ter bastante sonolência, ocorria por vezes um aumento do peso, o que não era agradável para os pacientes do sexo feminino.

Nas palavras deste mesmo autor (idem, ibidem), os antidepressivos podem ser classificados em grupos de acordo com a estrutura química ou mesmo das propriedades farmacológicas. Desta forma esta estrutura química cíclica é composta por anéis benzénicos que caracterizam os antidepressivos heterocíclicos (tricíclicos e tetracíclicos), deste modo a maprotilina e a amoxapina são antidepressivos tetracíclicos, e as características farmacológicas da maprotilina são bastantes idênticas à dos antidepressivos tricíclicos. Desta forma os antidepressivos abordados de seguida são classificados em função de seu mecanismo de acção farmacológica uma vez que os antidepressivos da nova geração não compartilham de estruturas químicas comuns.

- **Tricíclicos (ADT);**

Os antidepressivos desses grupos (dopamina, imipramina, amitripilina, nertiutilina), advêm de uma estrutura química que é composta por três anéis de carbono, sendo muito idêntica à das fenotiazinas (anti psicóticos) que com elas partilham ainda o mecanismo acção ao nível da inibição da recaptção da serotonina e da noradrenalina. Deste modo esta propriedade acaba por aumentar a concentração desta substância na fenda sináptica e com isso melhorar os sintomas depressivos. Estes antidepressivos bloqueiam os receptores colinérgicos muscarínicos e com isso dão origem aos efeitos secundários anticolinérgicos ( boca seca, obstipação, dificuldade em urinar), e com isso doses mais elevadas desses antidepressivos podem causar alterações da condução cardíaca (cadiotoxicidade).

- **Inibidores da monaminoxidase (IMO);**

Esta classe de antidepressivos (maclobemide), surgiram por acaso, ao observar que os doentes tuberculose que anteriormente se encontravam deprimidos, depois de submetidos a uma terapia antituberculosa designada iproniazida, melhoravam o nível de humor. Desta forma

descobriu-se que esta substância inibia uma enzima designada por monoaminoxidase que era responsável pela metabolização da serotonina e da dopamina e também da noradrenalina. Esta inibição da sua actividade conduz a um aumento da concentração destes neurotransmissores nos locais de armazenamento no sistema nervoso simpático e ao corrigir o défice destes neurotransmissores no sistema nervoso central obtinha-se o efeito antidepressivo.

- **Inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS);**

Esta foi a geração antidepressivos (fluovetina, escitalopram, sertralina, fluvoxamina, paroxetina), que surgiu logo a seguir ao aparecimento dos tricíclicos e dos inibidores da monoamonoxidase. Desta forma o seu mecanismo de acção de recaptção da serotonina dá origem a um aumento desta substancia na fenda sináptica, daí decorrendo a grande vantagem de apresentarem uma eficácia idêntica o tratamento da depressão, mas com tolerância e uma segurança muito maiores comparados com os antidepressivos anteriores. O aparecimento desta nova classe de antidepressivos deu-se em meados dos anos 80, tendo a fluoxetina e a fluvoxamina sido as primeiras substâncias a surgir no mercado e desta forma estas novas moléculas permitiram uma maior generalização da utilização dos antidepressivos.

- **Inibidores selectivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina (ISRN);**

Esta geração de antidepressivos partilha o mecanismo de acção dos antidepressivos tricíclicos, mas trouxe a mais valia de ser mais selectiva e não interferir de forma tão marcada com outros receptores e, com isso originar efeitos secundários indesejáveis. São por isso mais seguros e mais tolerados do que os antidepressivos tricíclicos.

- **Inibidores selectivos da recaptção de noradrenalina (ISNR);**

Existe apenas um medicamento que representa esta classe de antidepressivos, e é designado por «reboxetina». Este fármaco actua inibindo a recaptção de noradrenalina, causando assim um aumento desta substância na fenda sináptica.

Segundo este mesmo autor (idem, ibidem), existem outros medicamentos no tratamento da depressão para além dos antidepressivos. Desta forma é necessário utilizar em simultâneo os ansiolíticos (alprazolam, bromazepam, diazepam, oxazepam, lorazepam, clonazepam) para reduzir a ansiedade ou tratar da insónia e também os hipnóticos (flurazepam, estazolam, temazepam, triazolan, midazolam). A característica principal pela qual diferencia um ansiolítico de um hipnótico é o seu tempo de acção. Desta forma os hipnóticos devem possuir as seguintes características: rápido início de acção para que o doente possa dormir logo que a tomar, e um rápido tempo de eliminação para que o doente não fique sonolento, e os tranquilizantes devem actuar mais tempo e não intensamente, permitindo que o efeito de tranquilização se sobreponha ao hipnótico.

Portanto este autor (idem, ibidem), referem sobre os estabilizadores de humor (carbonato de lítio), que foi o primeiro medicamento a ser utilizado com sucesso no tratamento da doença bipolar. Desta forma os sais de lítio (carbonato de lítio), são utilizados como estabilizadores de humor na terapia da perturbação bipolar, quer no tratamento agudo (fase depressiva e fase maníaca), quer na prevenção dos novos episódios. Deste modo para além do lítio, recorre-se ainda a outros estabilizadores de humor no tratamento da doença bipolar, como é o caso da carbamazepina, do valproato de sódio, da lamotrigina, do topiramato e da gabapentina, e estas substancias tem propriedades anticonvulsivantes e por essa razão são também utilizados no tratamento da epilepsia.

## 11 As fases do tratamento farmacológico da depressão:

Na perspectiva deste mesmo autor (2004, p. 88), referiu as fases do tratamento farmacológico da depressão. Desta forma numa perspectiva breve podemos dividir o tratamento farmacológico da depressão em três fases (fase aguda em que corresponde a fase inicial do tratamento da depressão e durante este período, procura-se tratar os sintomas inerentes ao próprio episódio depressivo até que ocorra a remissão, a segunda fase e continuação pretende estabilizar a remissão evitando que reapareçam os sintomas depressivos, e a terceira fase da manutenção em que tem por objectivo principal, prevenir a recorrência, isto é, nesta fase poderá ser efectuada durante um período limitado ou de forma continuada naqueles casos em que existem um elevado risco de aparecimento de novo episódio depressivo.

▪ **Fase Aguda:**

Esta fase, refere-se a fase da escolha dos antidepressivos, questiona-se sempre dizendo qual é o antidepressivo mais eficaz, mas não é possível responder a esta pergunta, uma vez que para além da depressão ser uma doença heterogénea e multifactorial existem ainda aspectos individuais na resposta do tratamento como, por exemplo o facto de determinado antidepressivo ter resultado numa pessoa que recuperou totalmente da depressão não significa que se obtenha o mesmo sucesso com outra pessoa, ou seja um antidepressivo pode ter resultado positivo numa pessoa e ela recuperar, e pode ter resultado negativo numa outra pessoa. Portanto, a escolha do antidepressivo não é feita por acaso, cada um dos antidepressivos tem propriedades intrínsecas que o distinguem dos outros ao nível do seu perfil farmacológico, uns são mais sedativos e tem por isso uma grande utilidade nas formas de depressão em que existem uma ansiedade marcada.

Desta forma existem outros tipos de depressão em que predomina a apatia, o isolamento, e a hipertensão, e nesses casos se um doente passa o dia a dormir, não faz nenhum sentido medica-lo com um antidepressivo sedativo, e nesta situação a escolha recai sobre um antidepressivo mais activador (estimulante), que poderá ajudar a dar-lhe aquela energia que lhe está a faltar.

Portanto, a escolha do antidepressivo vai ser condicionada por vários aspectos que incluem as características do quadro clínico, o perfil de eficácia clínica a segurança e a tolerância, já que por vezes tem que se interromper determinados antidepressivos, porque o doente não suporta os seus efeitos secundários e por essas razões os antidepressivos tricíclicos devem ser considerados medicamentos de segunda linha no tratamento da depressão. Desta forma efectuada a selecção dos antidepressivos, este deve ser administrado numa dose mínima eficaz devendo-se ter em consideração que existe um tempo de latência, habitualmente duas a três semanas entre o início do tratamento e o aparecimento dos primeiros sinais de melhoria clínica.

- **Fase de continuação:**

Portanto, a seguir à fase aguda que dura habitualmente seis a doze semanas, segue-se a fase de continuação em que se procura estabilizar a remissão dos sintomas e prevenir recaídas e portanto a terapia com antidepressivos nesta fase é recomendada por um período de quatro a nove meses. Desta forma, os doentes após episódio depressivo tem um risco acrescido de recaída durante o primeiro ano se não fizerem a terapia com antidepressivos durante um período mínimo, e quando tratamento é interrompido, ou quando o antidepressivo é substituído por um placebo, a taxa de recaída ao fim de seis a doze meses é de 50% baixando para 10% -20% para os doentes que mantêm a sua medicação antidepressiva.

Portanto, em fase de adesão à terapia durante a fase de continuação, revela-se fundamental e os doentes devem ser sensibilizados para a necessidade de manterem o tratamento com o antidepressivo, mesmo quando já não existirem sintomas depressivos significativos. E em caso de recaída que é sempre imprevisível em que o doente deve ser alertado para essa possibilidade, e em caso de reaparecerem alguns sintomas depressivos deverá contactar o seu medico assistente para que seja possível intervir o mais rapidamente possível.

- **Fase de manutenção:**

Esta fase tem como objectivo principal , prevenir a recorrência e o tratamento poderá ser efectuado durante um período limitado ou de forma continuada e deste modo evitar o aparecimento de novos episódios naqueles casos em que existe um elevado risco de recorrência ou quando se pretende tratar sintomas depressivos residuais. Por essas razões por exemplo em doentes com depressão unipolar recorrente ou com distímia poderá ser aconselhada uma terapia por tempo indeterminado. Portanto existem perguntas feitas pelos doentes como será que os antidepressivos causam dependência? Os antidepressivos ao contrario de outros fármacos como é o caso das benzodiazepinas não provocam dependência, nem habituação, mas existem contudo alguns que podem causar uma síndrome de descontinuação quando a sua administração é interrompida abruptamente. A síndrome de descontinuação é caracterizada por uma série de sintomas: ansiedade, irritabilidade, insónia,

agitação, labilidade emocional, vertigens, fadiga, etc...., e para o evitar deve-se ter em conta que a retirada dos antidepressivos terá de ser gradual e feita sempre sob a orientação médica e, mesmo existem casos em que o doentes interrompem por sua iniciativa o tratamento depressivo e ao fim de algum tempo recai em depressão.

## 12 Tratamentos da depressão:

### ▪ A psicoterapia de apoio

É uma forma mais comum de psicoterapia, e o facto de poder ser aplicada num leque muito diversificado da população leva a que seja a psicoterapia mais utilizada no tratamento da depressão em termos institucionais (hospitais, centros de saúde, etc.). Neste caso, são usadas técnicas variadas e de escolas diferentes, permitindo um menor condicionamento do terapeuta a modelos de abordagem por vezes demasiado rígidos e fechados. Deste modo, esta forma de psicoterapia foi considerada por alguns uma psicoterapia menor ou mesmo menos nobre, e esta mesma psicoterapia recorre-se com frequência em situações de crise individual (conflitos conjugais, perda de emprego, doença prolongada, etc.), e, portanto, o objectivo desta psicoterapia assenta na tentativa de ajudar o doente a melhorar os seus mecanismos de adaptação perante a situação causadora de stress, portanto procura-se assim estabelecer em conjunto com o doente, objectivos realistas e alcançáveis. Mas para que qualquer forma de terapia funcione o factor confiança relativamente a quem a prescreve torna-se essencial, e é por esse motivo que na pratica clínica qualquer psiquiatra acaba por utilizar a psicoterapia de apoio de uma forma mais ou menos estruturada, já que mesmo quando centraliza a sua intervenção numa abordagem farmacológica e consulta não se resume a uma mera indagação de sintomas e queixas por parte do doente.

### ▪ A psicoterapia cognitiva – comportamental

Esta psicoterapia desenvolvida por Aaron Beck é fundamentada o seu modelo teórico da depressão, e nesse sentido nesta abordagem da depressão destaca-se o facto de os seus portadores, terem uma visão negativa de si próprios, interpretarem negativamente a experiência, e apresentarem uma visão negativa ou pessimista relativamente ao futuro.



Portanto a tríade cognitiva conduz ao desenvolvimento de determinados padrões ou esquemas mentais que por sua vez conduzem à depressão, perpetuando-a a criando assim um ciclo vicioso. Desta forma este tratamento dura habitualmente alguns meses e proporciona uma interacção mais directa com o terapeuta, que tem aqui um papel mais activo e inventivo ao contrário do que acontece em outros modelos terapêuticos que lhe atribuem um papel mais passivo e neutral. Na prática actual desta psicoterapia recorre-se a um grupo de técnicas cognitivas que são combinadas em simultâneo com outras, com um componente mais comportamental. Esta ultima, consistem numa série de exercícios que podem ser utilizados em ambulatório no período entre as sessões como uma forma de trabalho de casa, e estes exercícios são posteriormente discutidos e avaliados com o terapeuta. As técnicas comportamentais são ainda complementadas pelas técnicas cognitivas uma vez que a depressão é originada por crenças ou pensamentos errados e distorcido e a abordagem terapêutica cognitiva visa corrigir as distorções dos processos cognitivos que conduzem ao estado depressivo.

#### ▪ A psicoterapia psicodinâmica/ psicanálise

A fonte de inspiração desta abordagem psicoterapêutica acabou por ser os trabalhos de Sigmund Freud no início do século XX, e trata-se da psicoterapia mais prolongada já que pode durar vários anos, mas essa psicoterapia não se centre somente na depressão mas procura ir um pouco mais longe, visando compreensão dos conflitos intrapsíquicos muitos dos quais inconscientes. Neste caso o terapeuta desenvolve um papel neutro em contrapondo á terapia cognitiva, na qual assume uma atitude mais activa e interventiva, procura-se incentivar o doente a exprimir livremente os seus sentimentos e emoções (transferência), o terapeuta funciona por isso como um interprete que ajuda o doente a desafiar alguns mecanismos de defesa, a salientar as discrepâncias entre os desejos expressos e o seu comportamento actual ao mesmo tempo que é feita a ligação entre experiências de vida anteriores e os problemas actuais. O objectivo terapêutico da psicanálise é trazer para o nível da consciência esses conflitos intrapsíquicos inconscientes e ajudar o paciente a integra-los no seu ego, adoptando novos mecanismos de defesa.

### ▪ **A Terapia interpessoal**

Esta terapia foi inspirada nos trabalhos de Harry Stack Sullivan, que postulou que as doenças mentais também poderiam ser reflexo e a expressão de problemas nas relações interpessoais. A terapia interpessoal acabou por ser desenvolvida durante os anos 80 para o tratamento da depressão, pelo psiquiatra Gerald Klerman e pela psicóloga Myrna Weissman. Este modelo terapêutico considera que a depressão poderá estar associada a perturbações nas relações interpessoais do sujeito deprimido com outras pessoas que sejam significativas para ele, e com isso centra-se a atenção nas relações interpessoais mais recentes em detrimento das passadas e ajuda-se o doente ultrapassar de forma mais adequada os problemas interpessoais associados ao início ou a manutenção da depressão. Desta forma para terapia interpessoal existem quatro áreas problemáticas que caracterizam o episódio depressivo (o luto, perdas por morte; mudança de papéis, mudança de residência, divórcio, saída a casa dos pais, início de uma reforma; disputas interpessoais com o outro elemento do casal, com amigos, familiares; défices interpessoais, solidão, pobreza dos contactos sociais;). A terapia interpessoal é uma psicoterapia de curta duração (quatro a seis meses) desenvolvida em doze a dezasseis sessões, e nas sessões iniciais são prestadas informações inerentes a própria depressão, desta forma elabora-se ainda o inventário das relações interpessoais mais representativas e significativas para o doente e cabe ao terapeuta relacionar a depressão do doente e a situação interpessoal com as áreas problemáticas anteriormente referidas (luto, mudança de papéis, disputas interpessoais e défices sociais).

### ▪ **A terapia familiar**

Esta terapia envolve os vários elementos da família, uma vez que a depressão pode ter na sua origem alguns conflitos familiares (crise relacional), que contribuam para a desencadear ou manter portanto, existem ainda situações em que o doente se encontra insuficientemente individualizado numa situação de grande dependência e sem recursos de autonomia e mesmo que não seja o caso de as relações familiares se encontrarem directamente envolvidas na origem da depressão, ao fim de algum tempo o estado depressivo acaba por atingir a família que também pode adoecer com o doente. Na terapia familiar são marcadas sessões terapêuticas com vários elementos da família, procurando-se melhorar a comunicação familiar

detectar problemas estabelecer objectivos e reforçar aspectos positivos. Desta forma existe ainda um objectivo psicoeducativo nas sessões que consiste em envolver a família no processo terapêutico e ajudar a prevenir e detectar eventuais recaídas.

#### 12.1 Técnicas cognitivas utilizadas no tratamento da depressão, segundo Wilkinson, Moore e Moore

- Identificar os pensamentos negativos automáticos, ou seja, os doentes aprendem a identificar os pensamentos negativos associados com exacerbações do humor depressivo;
- Registo diário dos pensamentos negativos, ou seja, manter um registo diário dos pensamentos negativos que desencadearam o humor depressivo e situações associadas;
- Trazer à luz os pensamentos negativos durante a sessão, o terapeuta chama a atenção quando o humor do paciente baixa durante a sessão, ajudando-o a identificar os pensamentos negativos precedentes;
- Combate aos pensamentos negativos, ou seja, substituir os pensamentos negativos por alternativas mais úteis e realista como por exemplo: examinar a evidência disponível, ou seja, os factos da situação que justificam o pensamento automático, explicação das alternativas que gera outras formas de explicar um evento para além das obviamente negativas, desmistificar a catástrofe ou seja impedir que as coisas percam as proporções sem pensar automaticamente o pior numa situação;
- Imagens, ou seja, usar imagens criativas dos pacientes para que estes «revivam» os acontecimentos e se imaginem a lidar bem com a situação;
- Perguntas indutivas, em que si fazem uma série de perguntas para trazer à luz as cognições subjacentes aos seus pensamentos negativos automáticos;

## Capítulo 3: Metodologia

---

### 1 Tipo de Metodologia

Trata-se de um estudo prospectivo (descritivo) que pretende avaliar a prevalência das perturbações afectivas nos pacientes das consultas externas do Hospital Agostinho Neto «extensão da Trindade».

Segundo António Gil (1987, p.45), as pesquisas deste tipo têm como objectivo primordial, a descrição das características de determinada população ou fenómeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Deste modo, entre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objectivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por sexo, idade, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, etc.

### 2 Sujeitos

A população do estudo é constituída pelos pacientes adultos, de ambos os sexos, atendidos nas consultas externas de psiquiatria e psicologia no H.A.N. – Trindade, de 2004 a 2008.

### 3 Tratamento e análise dos dados

A análise estatística foi efectuada com recurso ao SPSS (Statistical package for the social science base 15.0 for windows evaluation, 2008).

### 4 Procedimentos de investigação

Após a elaboração do projecto de investigação, procedemos à organização e entrega do processo de pedido de autorização para a realização do estudo, ao Comité Nacional de Ética para a Pesquisa em Saúde.

Após a autorização desta entidade, realizamos a recolha dos dados nos cadernos das primeiras consultas externas de Psiquiatria e Psicologia, de 2004 à 2008. A opção pelas primeiras consultas prende-se com o facto de se tratar de um estudo de prevalência.

Seguidamente procedemos à construção da base de dados, a partir da qual realizamos a análise estatística.

### 5 Dificuldades encontradas

A inexistência de algumas variáveis demográficas (estado civil e nível de escolaridade) nos cadernos de consultas impossibilitou a análise das mesmas. Por outro lado, verificamos que a grande maioria dos técnicos não se preocupa em preencher com rigor as variáveis existentes nos cadernos de consultas.

## Capítulo 4: Apresentação e análise dos resultados

---

### 1 Descrição dos resultados

#### 1.1 Características gerais da amostra

A amostra total do estudo é constituída por 1499 sujeitos, sendo 822 (54.8%) do sexo masculino e 677 (45.2%) do sexo feminino. Porque nos interessa estudar as perturbações afectivas, optamos por fazer a caracterização da amostra de pacientes com essas perturbações.

A amostra de pacientes com perturbações afectivas é constituída por 317 sujeitos, sendo 109 (34.4 %) do sexo masculino e 208 (65.6%) do sexo feminino.

Quadro 1: Características gerais da amostra

	Total		Masculino		Feminino	
<b>Idade</b>						
M±DP	34,43 ± 13,82		32.78 ± 13.47		35.28 ± 13,95	
Intervalo	12 - 83		12 – 82		13 – 83	
	N	%	N	%	N	%
<b>Profissão</b>	86	27	28	25.7	58	27.9
<b>Morada</b>	268	84.5	89	81.7	179	86.1
<b>Total</b>	317	100	109	34.4	208	65.6

O total da amostra apresenta uma média de idades de 34,43 e um desvio padrão de 13,82, com um mínimo de 12 e um máximo de 83 anos de idade. Os indivíduos de sexo masculino apresentam idades compreendidas entre 12 e 82 anos, com uma média de 32.78 e um desvio padrão de 13.47; enquanto as idades do sexo feminino variam entre 13 e 83 anos, com uma média de 35.28 e um desvio padrão de 13,95. O teste da comparação das médias de idades [ $t_{(317;297)} = 1.486$ ;  $p = 0.138 > 0.05$ ] revela a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, o que significa que as diferenças que vierem a ser encontradas não podem ser atribuídas à diferenças de idades entre sexos.

Não nos foi possível fazer a análise da variável estado civil devido a inexistência de dados nos cadernos de consultas, o mesmo acontecendo com a variável nível de escolaridade.

No que concerne à profissão, só foram considerados 28 (25.7%) sujeitos do sexo masculino e 58 (27.9%) do sexo feminino porque em 231 sujeitos as respectivas profissões não foram exaradas nos cadernos de consulta. O teste da comparação dos sexos [ $\chi^2_{(86;16)} = 49.654$ ;  $p = 0.000$ ] demonstra que existem diferenças significativas quanto à profissão o que poderia levar-nos a concluir que as diferenças que viessem a ser encontradas poderiam eventualmente ser atribuídas a diferenças de profissões entre sexos. Porém, o facto de não dispormos de dados sobre a maioria dos sujeitos, leva-nos a interrogar sobre a validade dessa conclusão.

No que concerne a morada, só foram considerados 89 (81,7%) sujeitos do sexo masculino e 179 (86,1%) do sexo feminino, pelos mesmos motivos citados anteriormente. O teste de comparação dos sexos [ $\chi^2_{(89; 48)} = 51.915$ ;  $p = 0,329$ ] demonstra a inexistência de diferenças significativas quanto a morada, o que nos leva a concluir que as diferenças que vierem a ser encontradas não podem ser atribuídas as diferenças de morada entre os sexo.

## 2 Análise dos resultados

No quadro 2 apresentamos os resultados da prevalência das perturbações depressivas diagnosticadas, conforme apresentadas nos cadernos de consultas supracitados.

Quadro 2: Prevalência das perturbações afectivas por sexo e ano de consulta

Ano Da consulta	Consultas efectuadas			Perturbações Afectivas		
	Total	M	F	Total	M	F
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2004	149(9.0)	106(7)	43(2.8)	46(3.0)	16(1.0)	30(2.0)
	100	71	29	14.5	1.74	20.13
2005	387(25.8 )	215(14.3)	172(11.4)	50(3.3)	20(1.3)	30(2.0)
	100	55.56	44.44	15.77	51.17	7.75
2006	398(26.5)	196(13.1)	202(13.4)	75(5,0)	19(1.2)	56(3.7)
	100	49.2	50.8	23.65	25.33	74.67
2007	304(20.2)	164(10.9)	140(9.3)	69(4.6)	23(1.5)	46(3.0)
	100	53.94	46.05	21.76	33.33	66.67
2008	261(17.4)	141(9.4)	120(8.0)	77(5.1)	31(2.0)	46(3.0)
	100	54.02	45.97	24.29	40.25	59.74
Total	1499	822(54.8)	677(45.1)	317(99.7)	109(7.2)	208(13.8)
	100	54.83	45.16	100	34.38	65.61

Conforme se pode constatar, em relação ao total de consultas dos cinco anos estudados, o ano com maior prevalência de consultas externas efectuadas foi o de 2006, 26.5% das consultas, sendo 13.1% dos sujeitos do sexo masculino e 13.4 do sexo feminino.



Segue-se o ano de 2005 que apresenta uma prevalência de consultas efectuadas de 25.8% dos sujeitos, sendo 14.3% do sexo masculino e 11.4% sexo feminino.

O ano 2007 apresenta uma prevalência de consultas efectuadas de 20.2% dos sujeitos, sendo 10.9% do sexo masculino e 9.3% sexo feminino.

O ano 2008 apresenta uma prevalência de consultas efectuadas de 17.4% dos sujeitos, sendo 9.4% sexo masculino e 8.0% sexo feminino.

O ano de 2004, com 9.9% dos sujeitos, representa a menor prevalência de consultas efectuadas, com 7.0% do sexo masculino e 2.8% do sexo feminino.

No que concerne às perturbações afectivas a maior prevalência (24.2%) foi verificada no ano de 2008, com 2.0% do sexo masculino e 3.0% do sexo feminino.

Segue-se o ano de 2006 com uma prevalência de perturbações afectivas de 23.6%, sendo 1.2% para o sexo masculino e 3.7 % para o feminino.

O ano de 2007 apresenta uma prevalência de perturbações afectivas de 21.7%, sendo 1.5% para o sexo masculino e 3.0% para o sexo feminino.

O ano de 2005 apresenta com uma prevalência de perturbações afectivas de 15.7%, sendo 1.3% no sexo masculino e 2.0% no feminino.

O ano com menor prevalência de perturbações afectivas diagnosticadas foi o de 2004 com 14.5%, sendo 1.0% no sexo masculino e 2.0% no sexo feminino.

Em resumo, exceptuando-se o ano de 2006, o sexo masculino apresenta maior frequência/ano às consultas, enquanto o sexo feminino representa a maior prevalência/ano de perturbações afectivas.

Quadro 3: Distribuição das perturbações afectivas por sexo

Diagnóstico	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
<b>Episódio Maníaco</b>	12	4.3	3	1.1	9	3.2
<b>Perturbação Afectiva Bipolar</b>	9	3.2	2	0.7	7	2.5
<b>Episódio Depressivo</b>	255	91.4	82	29.4	173	62
<b>Perturbação Depressiva Recorrente</b>	2	0.7	1	0.3	1	0.4
<b>Perturbação persistente do humor</b>	1	0.4			1	0.4
<b>Total</b>	<b>279</b>	<b>100</b>	<b>88</b>	<b>31.5</b>	<b>191</b>	<b>68.5</b>

De acordo com os dados, entre as perturbações afectivas, o episódio depressivo apresenta a maior prevalência com 91.4% dos sujeitos, sendo 29,4% do sexo masculino e 62% sexo feminino.

Segue-se o episódio maníaco com 4.3% dos sujeitos, sendo 1.1% do sexo masculino e 3.2% do sexo feminino.

A perturbação afectiva bipolar representa 3.2% dos sujeitos, com 0.7 % para o sexo masculino e 2.5% para o sexo feminino.

A perturbação depressiva recorrente representa 0.7% dos sujeitos, sendo 0.3% do sexo masculino e 0.4% do feminino.

A perturbação menos prevalente é a perturbação persistente do humor com um sujeito (0.4%) do sexo feminino.

No quadro 4 apresentamos a distribuição das perturbações comórbidas às perturbações afectivas por sexo.

Quadro 4: Distribuição das perturbações comórbidas às perturbações afectivas por sexo

Diagnóstico	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
<b>Dependência de álcool</b>	5	8.1	3	4.8	2	3.2
<b>Transtornos psicóticos</b>	2	3.2	2	3.2	—	—
<b>Dependência de crack</b>	37	59.7	21	33.8	16	25.8
<b>Gastrite</b>	1	1.6	—	—	1	1.6
<b>Esquizofrenia</b>	1	1.6	1	—	—	1.6
<b>Hipotirodismo</b>	1	1.6	—	—	1	1.6
<b>Ansiedade</b>	2	3.2	—	—	2	3.2
<b>Abuso de álcool</b>	6	9.7	4	—	2	3.2
<b>Diabetes</b>	2	3.2	1	—	1	1.6
<b>Tentativa de suicídio</b>	4	6.5	1	—	3	4.8
<b>Abuso de substância</b>	1	1.6	1	—	—	1.6
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>54.8</b>	<b>28</b>	<b>45.2</b>

A perturbação comórbida que apresenta maior prevalência é a dependência de *crack* com 59.6% dos sujeitos, sendo o sexo masculino 33.8% dos sujeitos e o sexo feminino 25.8%.

Segue-se o abuso de álcool com 9.7% dos sujeitos, todos do sexo masculino.

A dependência de álcool representa 8.1% dos sujeitos, sendo 4.8% para o sexo masculino, e 3.2% para o sexo feminino.

A tentativa de suicídio representa 6.5% dos sujeitos, sendo 1.7% do sexo masculino e 4.8% para o sexo feminino.

Os transtornos psicóticos, ansiedade e a diabetes representam, respectivamente, 3.2% dos sujeitos. No entanto, enquanto os transtornos psicóticos aparecem apenas no sexo masculino, a ansiedade e a diabetes foram diagnosticadas no sexo feminino.

A gastrite, a esquizofrenia, o hipotirodismo e o abuso de substâncias diferentes do álcool representam respectivamente 1.6% dos sujeitos, todos do sexo feminino.

Quadro 5: Distribuição das perturbações afectivas por ano de consulta

Ano da consulta	Total	Diagnóstico				
		Episódio maníaco	Perturbação afectiva bipolar	Episódio depressivo	Perturbação depressiva recorrente	Perturbação persistente do humor
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
<b>2004</b>	41(14.6)	4(1.4)	2(0.7)	33(11.8)	2(0.7)	-
<b>2005</b>	42(15.0)	2(0.7)	-	39(13.9)	-	1(0.3)
<b>2006</b>	66(23.6)	3(1.0)	4(1.4)	59(21.1)	-	-
<b>2007</b>	61(21.8)	2(0.7)	1(0.3)	58(20.7)	-	-
<b>2008</b>	69(24.7)	1(0.3)	2(0.7)	66(23.6)	-	-
<b>Total</b>	279	12(4.3)	9(3.2)	255(91.4)	2(0.7)	1(0.3)

O ano de 2008 apresenta a maior prevalência de perturbações afectivas diagnosticadas (24.7%). Seguem-se-lhe os anos de 2006, 2007, 2005 e 2004 com, respectivamente, (23.6%), (21.8%), (15%) e (14.6%) dos sujeitos. Portanto, exceptuando-se o caso de 2007, verificamos um aumento progressivo de casos diagnosticados de perturbações afectivas ao longo dos quatro anos, o que eventualmente pode dever-se ou ao aumento de consultas, ou da maior sensibilidade dos técnicos para o diagnóstico destas perturbações.

Constatamos ainda a mesma tendência no que concerne ao episódio depressivo maior, enquanto, salvaguardando o ano de 2006, verificamos um decréscimo progressivo de casos diagnosticados de episódio maníaco, enquanto a perturbação afectiva bipolar permanece quase constante ao longo dos anos.

Quadro 6: Distribuição das perturbações comórbidas às perturbações afectivas por ano de consulta

Ano da consulta	Total	Diagnóstico										
	n%	DA	TP	DC	G	E	Ht	An	AA	Di	TS	AS
		n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2004	11	2	1	6	1	1	-	-	-	-	-	-
	17.7	3.2	1.6	9.6	1.6	1.6						
2005	9	1	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-
	14.5	1.6	1.6	11.2								
2006	12	2	-	9	-	-	1	-	-	-	-	-
	19.3	3.2		14.5			1.6					
2007	15	-	-	7	-	-	-	1	5	1	1	-
	24.1			11.2				1.6	8.0	1.6	1.6	
2008	15	-	-	8	-	-	-	1	1	1	3	1
	24.1			12.9				1.6	1.6	1.6	4.8	1.6
Total	62	5	2	37	1	1	1	2	6	2	4	1

Os anos com maior prevalência de perturbações comórbidas foram 2007 e 2008 com, respectivamente, 24.1% dos sujeitos.

Seguem-se 2006, 2004 e 2005 com 19.3%, 17.7% e 14.4% de perturbações comórbidas, respectivamente.

Reportando-nos às proporções verificadas, podemos afirmar que, à excepção do ano de 2004, se verifica um aumento das proporções de perturbações comórbidas diagnosticadas ao longo desses anos.

### 3 Discussão dos resultados

O objectivo do estudo era avaliar a prevalência das perturbações afectivas nos pacientes das consultas externas do H.A.N.-Trindade, no período de 2004 a 2008.

Tratando-se de um estudo prospectivo dispensamos a formulação de hipóteses de investigação.

A amostra total é constituída por 1499 sujeitos dos quais 317 (21.15%) apresentam perturbações afectivas.

Portanto, a amostra de pacientes com perturbações afectivas é constituída por 317 pacientes de ambos os sexos, sendo 34.4% do sexo masculino e 65.6% do sexo feminino.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nas variáveis idade e morada, o que nos leva a concluir que as diferenças verificadas nas outras variáveis não podem ser atribuídas a estas variáveis.

A variável profissão revela a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os sexos o que poderia levar-nos a atribuir que as diferenças verificadas a diferenças de profissão entre os sexos. No entanto, como referimos oportunamente, o facto de não dispormos de dados sobre a maioria dos sujeitos, deixa sérias dúvidas quanto à validade dessa conclusão.

As diferentes perturbações afectivas distribuem-se da seguinte forma pela amostra:

- Episódio maníaco (4.3%) perturbação afectivo bipolar (3.2%) episódio depressivo (91.4%) perturbação depressiva recorrente (0.7%) e perturbação persistente do humor (0.4%).

Maior recurso às consultas de psiquiatria e psicologia por parte dos indivíduos do sexo masculino.

Verifica-se uma maior prevalência de perturbações afectivas no sexo feminino.

Constata-se também um aumento progressivo de perturbações afectivas ao longo dos anos que corresponde a uma menos acentuada aumento dessas perturbações no sexo feminino.

Quanto às perturbações comórbidas, as perturbações afectivas, as dependências de *crack* e de álcool representam 67% do total. Se a este dado associarmos o abuso de álcool e de outras substâncias, podemos concluir que as perturbações relacionadas com a utilização de substâncias representam 79.1% do total das comorbilidades, o que está de acordo com os estudos internacionais sobre esta matéria. Estudos anteriores (citado por Cassidy, 2001) podem verificar que 70% dos homens e 60% das mulheres já tinham consumido álcool. O uso indevido de álcool e drogas parece ser mais prevalente no sexo masculino, apesar de não haver diferenças com mulheres no que concerne ao uso de algumas substâncias (Cassidy, 2001).

A tentativa de suicídio representa 6.5% dos diagnósticos comórbidos. No estudo de Beck, *et al.* (1985, citado por Duarte Lopes, 2001), dos 207 indivíduos com ideação suicida estudados, 14% cometeram o suicídio num período de 5-10 anos.

Um outro estudo de seguimento (Nordstrom, Samuelsson e Asberg, 1995) revelou que a mortalidade por suicídio num período médio de 5 anos de observação após tentativa de suicídio foi de 6%.

No estudo de prevalência realizado por Duarte Lopes (2001) com sujeitos da cidade da Praia, 6% dos sujeitos apresentaram risco de suicídio ao longo da vida.

As perturbações psicóticas incluindo a esquizofrenia representam 4.8%. Em alguns estudos referem que sintomas depressivos ocorrem em pacientes estáveis, e as taxas de ocorrência são bem superiores às da população normal. A frequência de episódios depressivos em pacientes esquizofrénicos estáveis é bastante alta, variando entre 16,5% em estudos transversais e 65% em estudos de seguimento de 3 anos. Desta forma aproximadamente 10% dos pacientes com esquizofrenia cometem suicídio, e em mais de 60% desses pacientes o suicídio está associado a sintomas depressivos

A ansiedade e a diabetes representam respectivamente 3.2% dos diagnósticos comórbidos, enquanto a gastrite e o hipotireoidismo representam 3.2%. Como podemos verificar essas percentagens estão muito aquém das encontradas nos estudos internacionais a que tivemos acesso,

Num outro estudo (Angs *et al.* 2002) verificou-se a prevalência da depressão em pacientes diabéticos em 11% a 31% em que utilizaram grupos de controle normais, enquanto que a presença de diabetes aumenta em duas vezes o risco de depressão, em relação aos grupos de controle, independentemente do tipo (1 ou 2). Neste sentido, segundo o mesmo autor, pacientes diabéticos que apresentam perturbação depressiva têm pior controlo de glicemia e maior prevalência de múltiplas complicações.

O nosso estudo revelou que, uma maior prevalência desta forma exceptuando-se o ano de 2006, o sexo masculino apresenta maior prevalência de consultas efectuadas do que o sexo feminino, mas em contrapartida as perturbações afectivas são mais prevalentes no sexo feminino. Estes dados estão de acordo com outros estudos segundo os quais, as perturbações depressivas são mais frequentes nos indivíduos do sexo feminino (Angs *et al.* 2002, Noble 2005, Bebbington, 1998).

Num estudo na Austrália com 10.000 adultos observou-se uma maior prevalência de perturbações afectivas nos homens nas idades entre os 35 e os 44 anos e nas mulheres nas idades entre (18-24) anos. Robert *et al.* (citado por John Snowdon 2002) mostraram prevalências de episódio depressivo maior de 81% na faixa etária 50-59, 69% na faixa etária



dos 60-69 anos, 10.4% dos sujeitos 70-79 e 12.7% nos 80 anos. No nosso estudo a idade dos sujeitos varia dos 12-82 no sexo masculino com ( $M=32.78$  e  $DP= 13.47$ ) e, no sexo feminino a idade dos sujeitos varia entre os 13 e 83 anos com ( $M = 35.28$  e  $DP= 13.95$ ).

É de realçar que os diagnósticos deste estudo foram feitos utilizando o CID-10 (OMS, 1997).

## Capítulo 5: Conclusão

---

As conclusões do estudo devem ser entendidas no contexto de algumas limitações que a seguir apresentamos:

- A inexistência de algumas variáveis demográficas (estado civil e nível de escolaridade) nos cadernos de consultas impossibilitou a análise das mesmas.
- Alguma falta de rigor no preenchimento de dados nas variáveis existentes nos cadernos de consultas.

Assim, podemos concluir que, ressalvando-se as limitações supracitadas, conseguimos atingir o objectivo preconizado. Portanto, as consultas externas do H.A.N. apresentam uma prevalência de perturbações afectivas de 21%, mais acentuada no sexo feminino, com muitas perturbações comórbidas sobretudo relacionadas com o abuso de substâncias tóxicas, essas com maior expressão entre os sujeitos do sexo masculino, verificando-se ainda, uma tendência crescente do diagnóstico dessas perturbações ao longo dos cinco anos estudos. Entre as perturbações depressivas destaca-se o episódio depressivo com uma prevalência de 91.4% dos sujeitos.

## Bibliografia

---

Afonso, P.(2004), Será depressão ou simplesmente tristeza, Publicações Universitárias e Científicas, Cascais, 1.<sup>a</sup> Edição.

Almeida, L. & Freire, T. (2000), Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação. Braga, 2.<sup>a</sup> Edição, Editora Psiquilíbrios.

American Psychiatric Association (APA) (2002), DSM-IVTR-Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto, 4.<sup>a</sup> Edição, Lisboa Climepsi, Editores.

Bastos, L. Claudio. (1997), Manual de exame psíquico, Uma introdução prática a psicopatologia, Revinte RLtda.

Beck T. Aaron *et al.* (1979), Terapia Cognitiva da Depressão, Zahar Editores, Rio de Janeiro.

CID-10, Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. (1997) Descrições Clínicas e Directrizes Diagnósticas. Coord. Organização Mundial da Saúde: trad. Gabriela Baldisserotto - Porto Alegre: Artes Médicas.

Gil, António Carlos. (1987), Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, São Paulo Editora Atlas S.A.

Duarte Lopes, Edna (2001, para publicação), Estudo da Prevalência das Perturbações da Ansiedade e Caracterização da Fobia Social numa População de Cuidados de Saúde Primários.

Knapp, Paulo *et al.* (2004), *Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica*, Porto Alegre, Artmed.

Hallstrom, C, & Mclure, N. (2000), *Ansiedade e Depressão*, Lisboa, Editorial Presença.

Lamas, Estela P. R. *et al.* (2002), *Contributos Para uma Metodologia Científica*, Lisboa, Instituto Piaget.

Montgomery, Stuart a. (2000), *Ansiedade e Depressão*, Lisboa, 2.<sup>a</sup> Edição.

Wilkinson, Greg, Moore, Bruce, Moore, Pascalé. (2003), *Tratar a Depressão, Perguntas e Respostas*, Lisboa, 1.<sup>a</sup> Edição.

.Palma, C. (2000), *A depressão quase me matou, um caso real*, 1.<sup>a</sup> Edição, Lisboa, Editora Hugin.

Pires, L, Carlos. (2003), *Noções da psicopatologia*, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Stoppe Júnior, A & Louzã Neto. (1999), *Depressão na Terceira Idade*, São Paulo, Editora Lemos.

Widlöcher, Daniel. (2001), *As Lógicas da Depressão*, 1.<sup>a</sup> Edição.

Wolpert, L.(2000), *A psicologia da depressão*, Lisboa Editorial, 1.<sup>a</sup> Edição.

## Sitografia

---

S. Jonh (2002), Qual a Prevalência da Depressão na Terceira Idade? In revista psiquiátrica clínica. São Paulo Abril 2002 Vol.24 ISSN 1516-4446 versão impressa, Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br) [consultado a 19 de Março de 2009, pelas 22 horas e 37 minutos].

Bressan A. Rodrigo (2000), A Depressão na Esquizofrenia, In revista psiquiátrica clínica, São Paulo Maio 2000, Vol.22 São Paulo ISSN 1516-4446 versão impressa Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br) [consultado a 27 de Setembro de 2009 pelas 12 horas e 46 minutos].

R.Marcelo *et al* (2005) Transtorno Bipolar do Humor e Uso Indevido das substâncias psicoativas, In revista psiquiátrica clínica São Paulo vol.32 versão impressa ISSN 0101-6083, Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br) [consultado a 27 de Setembro pela 13 horas e 4 minutos].